



Dissertação de Mestrado

Desigualdades Socioeconómicas em Saúde 1987-2006

Estudo com base nos Inquéritos Nacionais de Saúde

Alfredo Miguel Pires Fernandes

VII Mestrado de Gestão da Saúde
Especialidade Gestão das Organizações e Serviços de Saúde

Orientador: Professor Doutor *Julian Perelman*

Junho 2013

Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

Desigualdades Socioeconómicas em Saúde 1987-2006

Estudo com base nos Inquéritos Nacionais de Saúde

Dissertação de Mestrado para obtenção do
Grau de Mestre em Gestão da Saúde na
Escola Nacional de Saúde Pública – UNL,
ao abrigo do Decreto -Lei n.º 74/2006, de 24
de Março, republicado pelo Decreto -Lei n.º
107/2008, de 25 de Junho

Igualdade, justiça e liberdade são mais que palavras; são perspetivas!

V de Vingança, o Filme.

Agradecimentos

Ao Prof. Julian, pela orientação e exemplo de profissionalismo e humildade...

Aos meus Pais por me fazerem acreditar nos meus sonhos...

À Nádía, pelo companheirismo e amor...

RESUMO

Introdução: Apesar do investimento para garantir universalidade nos cuidados de saúde, estudos em vários países mostram o aumento das desigualdades socioeconómicas em saúde. Este estudo analisa estas desigualdades e a sua evolução em Portugal entre 1987 e 2006.

Metodologia: Utilizou-se os dados dos quatro Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) elaborados até hoje excluindo as pessoas com menos de 35 anos (INS87 – 12126 casos; INS95- 15795 casos; INS98/9- 11726 casos; INS 05/6- 11318 casos).

Foram analisados cinco indicadores de saúde (hipertensão, diabetes, asma, bronquite e má saúde autoreportada). O estatuto socioeconómico foi medido pela educação e rendimento. As diferenças entre escalões mediram-se pelos *Odds Ratio* (OR) obtidos através de regressões logísticas multivariadas. As variáveis de ajustamento utilizadas foram: idade, tabagismo, obesidade e possuir um seguro de saúde. Os resultados foram analisados separadamente por sexo.

Resultados: Para todos os indicadores e inquéritos observou-se uma prevalência inferior nos grupos de educação e rendimento mais elevados (OR entre 0,155 e 0,877). No entanto, as desigualdades não foram significativas para o rendimento no caso da hipertensão, diabetes e bronquite, no sexo masculino e em todos os inquéritos. Na educação verifica-se uma diminuição das desigualdades ao longo do tempo na hipertensão, diabetes e Má Saúde, no sexo masculino; no caso do rendimento observa-se o mesmo para a diabetes, asma e Má saúde, no sexo feminino.

Discussão: Confirma-se a existência de desigualdades socioeconómicas no estado de saúde favorecendo os escalões mais elevados. A diminuição das desigualdades na maioria dos indicadores analisados contraria a evidência recente.

Palavras - Chave: Desigualdades; Saúde; Educação; Portugal

ABSTRACT

Introduction: Despite the investment to assure universality in health care, several studies show the increase of socio-economic inequalities in health. This study analyses the social inequalities in health and their evolution in Portugal, from 1987 to 2006.

Methods: It was used the data from four Portuguese National Health Surveys (NHS) created until today, excluding people with less than 35 years-old. (NHS87 – 12126 cases; NH95 – 15795 cases; NHS98/9 – 11726 cases; INS05/6 – 11318 cases).

It was analyzed five health indicators (hypertension, diabetes, asthma, bronchitis and poor-self-reported health). The socioeconomic status was measured by education and income. The differences between groups were measured by the Odds Ratio (OR) from the multivariate logistic regressions. The adjustment variables used was: age, tobacco use, obesity and health insurance. The results are separated by genre.

Results: It was observed a lowest prevalence for the most elevated education and income categories (OR between 0,155 and 0,877) for all indicators and surveys. However, inequalities weren't significant to income in hypertension, diabetes and bronchitis, for male, in all surveys.

In Education, it was observed a decrease of inequalities in time, for hypertension, diabetes and poor self-reported health, in male; in income it were observed the same for diabetes, asthma and poor-health, in female.

Discussion: It was Confirmed the existence of socioeconomic inequalities in health status, favoring the highest education and income groups. The decrease of inequalities in most indicators contradicts recent scientific evidence.

Keywords: Inequalities, Health, Education, Portugal

INDICE

0 .INTRODUÇÃO.....	10
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
1.1- Conceito de Equidade em Saúde.....	12
1.1.1- Abordagens clássicas ao conceito de equidade em saúde.....	13
1.1.2 - Abordagens modernas ao conceito equidade em saúde.....	19
1.1.3- Em Suma: Equidade, que conceito?.....	23
1.2 - Equidade em Saúde: Definições Utilizadas.....	25
1.3 - Iniquidades em Saúde: Mecanismos de Causalidade.....	27
1.3.1 - Modelos sociais de saúde e Determinantes de Saúde.....	28
1.3.2 - Associação entre Estatuto Socioeconómico e Saúde – Os Estudos Whitewall.....	29
1.3.3. - O impacto do desenvolvimento na primeira infância para a saúde.....	30
1.3.4 - Impacto do <i>stress</i> ao longo do ciclo de vida.....	32
1.4. - Posição Social e Equidade em Saúde: Revisão de Literatura.....	33
1.4.1 - Estatuto Socioeconómico.....	33
1.4.2 - Género.....	37
1.4.3 - Raça / Grupo Étnico /Migrantes.....	39
2. METODOLOGIA.....	41
2.1- Objetivos do Estudo.....	41
2.1- Objetivos do Estudo.....	41
2.2 - Tipo de Estudo.....	42
2.3 - Amostra.....	42
2.4 - Variáveis.....	43
2.4.1. - Variáveis Estado de Saúde.....	43
2.4.2 - Variáveis Estado Socioeconómico.....	43
2.4.3 Outras Variáveis Utilizadas.....	44
2.5 - Desenho do Estudo.....	47
3. ANÁLISE DE RESULTADOS.....	49
3.1 INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE 1987.....	49
3.1.1 – Caracterização da amostra.....	49
3.1.2 – Caracterização das variáveis estado de saúde.....	50
3.1.3. - Relação entre Nível de Ensino e Estado de Saúde.....	50
3.2 INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE 1995.....	53
3.2.1 - Caracterização da Amostra.....	53

3.2.2. - Caracterização das variáveis estado de saúde.....	54
3.2.3. - Relação entre nível de ensino e estado de saúde.....	55
3.3 INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE 1998/99.....	58
3.3.1 – Caracterização da Amostra.....	58
3.3.2 - Caracterização das variáveis estado de saúde.....	59
3.3.3. - Relação entre nível de ensino e estado de saúde.....	60
3.3.3. - Relação entre rendimento e estado de saúde.....	62
3.4 INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE 2005/06.....	65
3.4.1 – Caracterização da amostra.....	65
3.4.2 - Caracterização das variáveis estado de saúde.....	66
3.4.3 - Relação entre nível de ensino e estado de saúde.....	67
3.4.4. - Relação entre rendimento e estado de saúde.....	69
3.5 – Desigualdades socioeconómicas 1987-2006: Análise comparativa dos quatro INS.....	72
3.5.1 - Estado de Saúde e Educação.....	72
3.5.2 – Estado de Saúde e Rendimento.....	74
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	76
5. CONCLUSÃO.....	81
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
ANEXOS.....	88
ANEXO I - TABELAS DE REGRESSÕES LOGÍSTICAS MULTIVARIADAS.....	89

Lista de Abreviaturas e Siglas

EEM – Escala de Equivalência Modificada

EUA – Estados Unidos América

F – Feminino

INS – Inquérito Nacional de Saúde

ISCED – International Standard Classification of Education

ISCO - *International Standard Classification of Occupations*

ISEqH – International Society for Equity in Health

M – Masculino

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OR – Odds Ratio

p.ex: por exemplo

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

Lista de Figuras

Figura 1 - Função Produção da Saúde, segundo a Teoria das Capacidades de Sen

Figura 2: Determinantes de Saúde, adaptado de Dahlgrend e Whitehead

Lista de Gráficos

Gráfico 1: INS 1987 - Amostra dividida por escalões etários e sexo

Gráfico 2 – INS 1995 - Amostra dividida por escalões etários e sexo

Gráfico 3: INS 1998/99 - Amostra dividida por escalões etários e sexo

Gráfico 4: INS 2005/06 - Amostra dividida por escalões etários e sexo

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Variáveis codificadas para a investigação

Tabela 2: INS 1987 – Casos por nível de ensino e escalão etário

Tabela 3: INS 1987 – Casos de Hipertensão e Diabetes na amostra

Tabela 4: INS 1987 – Cruzamento Variáveis Nível de Ensino X Estado de Saúde

Tabela 5: INS 1987 – OR (IC 95%) obtidos por Regressão Logística Multivariada.- Nível de Ensino

Tabela 6: INS 1995 – Casos por nível de ensino e escalão etário

Tabela 7: INS 1995 – Variáveis Estado de Saúde Analisadas

Tabela 8: INS 1995 – Cruzamento Variáveis Nível de Ensino X Estado de Saúde

Tabela 9: INS 1995 –OR (IC 95%) obtidos por Regressão Logística Multivariada – Nível de Ensino.

Tabela 10: INS 1998/99 – Casos por nível de ensino e escalão etário

Tabela 11: INS 1998/99 – Casos por tercil de rendimento e escalão etário

Tabela 12: INS 1998/99 – Variáveis Estado de Saúde Analisadas

Tabela 13: INS 1998/99 – Cruzamento Variáveis Nível de Ensino X Estado de Saúde

Tabela 14: INS 1998/9 - OR (IC 95%) obtidos por Regressão Logística Multivariada – Nível de Ensino.

Tabela 15: INS 1998/99 – Cruzamento Variáveis Rendimento X Estado de Saúde

Tabela 16: INS 1998/99 — OR (IC 95%) obtidos por Regressão Logística Multivariada

Tabela 17: INS 2005/06 – Casos por nível de ensino e escalão etário

Tabela 18: INS 2005/06 – Casos por tercil de rendimento e escalão etário

Tabela 19: INS 2005/06 – Variáveis Estado de Saúde Analisadas

Tabela 20: INS 2005/06 – Cruzamento Variáveis Nível de Ensino X Estado de Saúde

Tabela 21: INS 2005/06 - OR (IC 95%) obtidos por Regressão Logística Multivariada – Nível de Ensino.

Tabela 22: INS 2005/06 – Cruzamento Variáveis Rendimento X Estado de Saúde

Tabela 23: INS 2005/06” – OR (IC 95%) obtidos por Regressão Logística Multivariada – Nível de Rendimento

Lista de Quadros

Quadro A: Odds Ratio com IC 95% - nível de Ensino Superior I a IV INS (1987-2006)

Quadro B: Odds Ratio com IC 95% - 3º Tercil de Rendimento (Alto) nos III e IV INS

0. INTRODUÇÃO

A eliminação das desigualdades no estado de saúde das populações tem sido uma finalidade major dos sistemas de saúde modernos.

A maximização dos potenciais de saúde das populações é um fenómeno complexo e multifatorial. Se é verdade que existem características particulares e biológicas dos indivíduos que condicionam os seus *outcomes* de saúde, outros fatores ambientais podem ter igualmente um papel crucial na seleção daqueles que terão melhor saúde. No entanto, esses fatores poderão ser eticamente injustos e potencialmente evitáveis ou reversíveis pelo esforço conjunto da sociedade.

Equidade em Saúde pode ser definida como a ausência de diferenças sistemáticas potencialmente reversíveis, em um ou mais aspetos de saúde, entre grupos sociais, económicos, demográficos ou geográficos. Detém em si um sentido ético de justiça na distribuição. [1]

A saúde e as diferenças na sua distribuição são influenciadas por uma complexa teia de determinantes, os chamados determinantes sociais da saúde [2] [3]. Estes influenciadores - incluem os serviços de saúde, educação, o trabalho, as políticas de saúde – aliam-se às características biológicas do individuo para determinar o seu estado de saúde.

Portugal tem ao longo das últimas décadas desenvolvido um modelo de Estado Social, onde a solidariedade e combate às desigualdades têm sido um foco. O acesso à saúde é um direito consagrado na Constituição da República, e o Serviço Nacional de Saúde a ferramenta essencial para garantir essa universalidade. Políticas e programas públicos de apoio social e de saúde têm-se repetido de forma a quebrar as desigualdades que afetam as classes socialmente mais vulneráveis.

Em termos científicos, Portugal detém alguma publicação sobre a equidade. Na mortalidade o país apresenta uma “evolução positiva na maioria dos indicadores (...) no entanto pouco se sabe sobre a existência de desigualdades socioeconómicas ou geográficas subjacentes a estes indicadores” [3] Portugal apresenta um perfil de iniquidade que tendencialmente favorece os grupos socioeconómicos superiores. [4] [5]

Contudo, não têm existido estudos que deliberadamente verifiquem qual a evolução da equidade em saúde em Portugal ao longo do tempo, de forma a poder contribuir para a avaliação da eficácia das políticas públicas de saúde implementadas.

O presente estudo procurar obter alguma informação sobre como tem evoluído a equidade no estado de saúde da população portuguesa ao longo do tempo. Concretamente, o estudo tem por objetivo analisar a equidade *no estado de saúde da população portuguesa e sua evolução no período temporal compreendido entre o I e o IV Inquéritos Nacionais de Saúde (1987 – 2006)*.

Utiliza-se como fonte de dados o Inquérito Nacional de Saúde, o principal inquérito nacional sobre saúde e fatores associados no país. Desta forma, foi possível dispor de dados sobre a saúde da população ao longo de um período de tempo, podendo comparar os dados entre inquéritos e ter uma perspetiva temporal.

O estudo consistirá na estratificação da população de acordo com o estatuto socioeconómico e análise das diferenças entre grupos quanto a alguns indicadores de morbilidade e do estado de saúde dos indivíduos.

O trabalho distribui-se por quatro capítulos centrais: Será efetuada uma revisão de literatura e enquadramento teórico da investigação, seguido da apresentação da metodologia e resultados do tratamento estatístico, efetuando-se depois uma discussão crítica dos resultados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1- Conceito de Equidade em Saúde

A Equidade tem sido conceptualizada por várias correntes do pensamento e estudada em diversas ciências desde a Filosofia, Economia, Ética, Saúde Pública, entre outras. Ela reveste-se de um fundamento ético, intimamente ligada à *fairness* – sentido de justiça. [6]

Trata-se de um conceito complexo, não consensual na sua determinação. Apesar da teoria da justiça social contemporânea ter necessariamente que contemplar uma certa noção de igualitarismo na distribuição de algo [7], é essencial a separação entre os conceitos de Igualdade e Equidade.

Estes dois conceitos são quase homónimos, o que contribui para a confusão. No entanto, podemos afirmar que a igualdade remete-se para um foco mais reducionista e objetivo sobre a distribuição de bens ou recursos entre indivíduos, enquanto a equidade detém uma moratória implícita, com um certo traço de subjetividade ligado à ideia de justiça.

A igualdade pode ser definida como a distribuição homogénea de bens ou serviços. Para verificar se algo é igual, basta analisar a distribuição efetuada. O critério está na paridade, quanto à quantidade de recursos distribuída.

A equidade tem, contudo, uma visão mais específica de cada situação, uma adaptação ao contexto, não podendo ser considerada somente por critérios de distribuição. [8]

A equidade surge no período contemporâneo associado aos direitos das minorias, introduzindo a diferença no espaço público da cidadania, entrando em conflito com o pensamento jurídico clássico. Desta forma “ a noção de igualdade só se completa se compartida a noção de equidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença” [9].

O cerne, para a equidade, não está no bem transacionado, mas nos benefícios da troca, sobretudo na justiça destes benefícios em relação aos indivíduos. Poderemos

encarar que a equidade adota critérios de igualdade e de justiça a uma situação de distribuição de recursos, de forma que estes sejam distribuídos da forma mais justa possível entre os indivíduos, de acordo com as suas características individuais, em comparação com todos os envolvidos.

Podemos analisar a equidade do ponto de vista do impacto entre indivíduos em diferentes níveis de bem-estar social – equidade vertical – garantindo a desigualdade de oportunidades entre os desiguais; ou ser perspetivada do ponto de vista de igual tratamento para indivíduos com iguais necessidades – equidade horizontal. [10]

Verificamos que o foco da equidade está no sentido de justiça do critério de distribuição. Contudo, a visão de justiça social não é totalmente consensual, pelo que existe um debate teórico alargado a cerca dos conceitos de equidade e justiça no processo de distribuição.

1.1.1 - Abordagens clássicas ao conceito de equidade em saúde

A Saúde é um produto complexo e multi-fatorial, indispensável a prossecução dos objetivos das pessoas e ao desenvolvimento humano *per si*. Cada individuo detém necessidades de saúde e de cuidados de saúde. Numa sociedade onde a escassez de recursos é uma ameaça real, a sua distribuição face às necessidades é norteada por princípios de justiça na distribuição, em função do bem-estar social [11].

Não existe uma definição consensual de Equidade em Saúde ou do que é a equidade na saúde. Existem várias abordagens ao conceito, cada uma remetendo para as suas noções de justiça social [3]. Pereira [12] elaborou uma completa análise crítica em volta das conceptualizações clássicas e modernas da equidade descritas na literatura, ensaiando uma aplicabilidade prática ao setor da saúde. Todas as abordagens emanam da ciência política, mas possuem características de formulação de interesse para análise económica. Quando aplicadas ao setor da saúde, segundo o autor, elas apresentam particularidades entre si, interessantes de esmiuçar [12] .

Igualdade (Equality)

Não obstante da diferença estabelecida anteriormente, tanto em termos históricos como teóricos, o conceito de igualdade foi assumido por alguns pensadores como uma perspetiva de equidade. A igualdade baseia-se numa redistribuição para a equalização

de benefícios individuais ou oportunidades individuais para obtenção desses benefícios. Sendo uma ideia abstrata, a igualdade ganha utilidade quando é definido aquilo que deverá ser equalizado. [7]

A igualdade pode ser vislumbrada segundo duas perspetivas: igualdade de recursos e igualdade de bem-estar [13]. Igualdade de recursos implica que a distribuição dos bens é efetuada de forma que todos os indivíduos têm um conjunto de bens o mais igual entre si. A igualdade de bem-estar assume que a distribuição dos recursos será otimizada de forma que os indivíduos tenham um nível de bem-estar com a maior igualdade entre si possível, não sendo requisito necessário que possuam o mesmo cabaz de recursos. Numa das visões o foco é a quantidade de recursos enquanto na outra o foco é a “quantidade” de bem-estar, sendo o critério em ambos a equalização.

Quando aplicado ao setor da Saúde, esta teoria gera questões metodológicas, relacionadas sobretudo com o processo de equalização. [12] Por exemplo, igualdade de bem-estar em matéria de saúde implica igualdade na saúde das pessoas ou a obtenção de níveis iguais de utilidade do setor para as pessoas? E igualdade de recursos significa a equalização de acesso aos recursos ou implica a equalização rígida do cabaz de recursos entre os indivíduos?

Esta abordagem teórica demonstrou-se, portanto, demasiado vaga. As suas lacunas de aplicabilidade centram-se na dificuldade que (e não necessariamente justa) a equalização pura e dura de recursos ou benefícios, sobretudo num setor complexo como o da saúde.

Distribuição de acordo com os “direitos” (Entitlement)

Esta abordagem à equidade, desenvolvida por Robert Nozick (1974), rejeita completamente as posições da teoria da igualdade. O *core* desta teoria resume-se à ideia que a pessoa tem o direito àquilo que possui, desde que adquirido de forma legal. Ela rejeita a redistribuição de recursos, conferindo um senso de justiça à distribuição de recursos existente. [12]

As lacunas desta teoria são facilmente apercebíveis pela possibilidade de injustiças morais e éticas inaceitáveis e possibilitar abrir um fosso moral enorme de segregação de classes.

Seguindo a teoria à risca, seria considerado que, por exemplo, uma criança que nascesse com uma deformidade congénita, numa família sem recursos, não beneficiaria de qualquer tipo de otimização do seu acesso à saúde, considerando-se “não injusta” a morbilidade que possui, face às outras crianças, nascidas saudáveis.

Em suma: a teoria falha sobretudo por admitir que aqueles que estão mais vulneráveis e menos capacitados para a promoção da sua saúde não deverão ser mais protegidos, sendo a sua vulnerabilidade encarada como uma característica como outra qualquer.

“Mínimo Decente”

Tendo em conta as consequências já referidas do princípio da distribuição de Nozick’s, outros teóricos do liberalismo sugeriram uma espécie de rede de segurança, um *standard* abaixo do qual a sociedade não deverá permitir que os indivíduos caiam – o “mínimo decente”.

Esta teoria, se interpretada à letra, deverá cingir-se apenas ao *outcome* final do processo (o estado de saúde, no caso). Desta forma seria definido um *standard* mínimo de saúde, sendo a *posteriori* estruturado um sistema de saúde de forte cunho privado, sendo garantido no entanto a provisão de cuidados de saúde para os mais vulneráveis que garantisse o mínimo decente.

Esta teoria desenvolve um conceito, que passada a óbvia dificuldade de definição de um razoável “mínimo decente” de cuidados, tem uma forte possibilidade de aplicabilidade prática. Em sistemas de saúde que procuram a cobertura geral e universal, como o sistema português, este conceito é possível de ser aplicado.

Contudo, é inegável a dificuldade imensa de definição de um *standard* mínimo de saúde e da carteira de serviços a ele associada. Em termos práticos trata-se de uma tarefa técnica e politicamente complexa, implicando questões éticas, como o número de anos que será razoável para uma pessoa viver, que quantidade e tipo de cuidados ter acesso. Seria ainda necessário verificar a dimensão da população que se encontraria abaixo ou em risco de ficar abaixo desse limiar e calcular o conjunto de recursos necessários para elevá-las ao mínimo decente.

Por outro lado, é oportuno refletir sobre como a intervenção junto de outros determinantes de saúde (ex.: rendimento ou educação) poderia ser mais eficiente na contribuição para maior equidade na saúde da população. A teoria do mínimo decente mostra-se demasiado unidimensional, considerando que a assunção do estado pelos custos diretos da prestação de cuidados dos mais desfavorecidos (provavelmente exponenciais) ignora outras oportunidades de tratar a questão da equidade, que deverão ser consideradas.

Utilitarismo

Os objetivos do utilitarismo são facilmente sumarizados na intenção de “servir o melhor ao maior número possível” [12]. Trata-se de um sistema teórico que estabelece como critério essencial a utilidade e como foco o bem-estar humano, sendo função do Estado maximizar esse bem-estar. [14] Em termos económicos isto implica que os recursos sejam alocados de forma a maximizar a utilidade de todos. Este processo pode ser feito de duas formas [12]:

Maximização da soma da utilidade total - Soma-se o conjunto da felicidade de todos os indivíduos e procura-se maximizar a essa soma procurando a maior utilidade total.

Maximização da utilidade média – A utilidade é medida entre todos os indivíduos e então elaborada uma média aritmética da utilidade total, procurando maximizar este valor médio de utilidade, priorizando a evolução da sociedade.

Uma das causas para que o utilitarismo seja considerado como uma teoria de equidade reside, provavelmente, no fato que uma distribuição igualitária resultará sobre os princípios clássicos do utilitarismo, se existirem preferências semelhantes.

Contudo, já anteriormente se verificou que uma distribuição igualitária não é necessariamente equitativa. A maximização das utilidades individuais não se relaciona diretamente com a distribuição interpessoal dessa maximização. A ideia principal do utilitarismo é tornar o total mais feliz, pelo que a possível aplicação de medidas que diminuam o bem-estar de uma parte da população, em prole da utilidade de todos, é admitida neste modelo. [14]

Por exemplo, se um indivíduo rico responder melhor a um tratamento mais caro que um indivíduo pobre, segundo esta teoria, a sociedade atribuí-lhe mais recursos. Se

poderá existir alguma lógica de eficiência distributiva neste pensamento, é contudo inegável que confronta a generalidade das visões de equidade [12] [14].

Por outro lado, existem vários problemas técnicos na aplicabilidade do utilitarismo, inevitavelmente ligados à quase impossibilidade de medir ou comparar utilidades interpessoais, o que torna esta teoria refém de um conjunto de dados empíricos difíceis de obter e que a tornam improdutiva.

Maximin de Rawls

A teoria de Justiça Social de John Rawls (1971) surge para combater a perspectiva filosófica do utilitarismo, procurando um sistema de regras justas e imparciais. Para isso, Rawls sugere nesta teoria que o foco seja a maximização da posição do elemento mais desprotegido. [12] [14]

Para prevenir a manipulação do sistema em prole de interesses pessoais, esta teoria aplica um artifício engenhoso: a *posição original*. Imaginando um grupo de indivíduos prestes a formar uma sociedade, no momento do “contrato”. Eles necessitam de escolher princípios norteadores do seu sistema jurídico-político.

Nesse momento, é utilizada a metáfora da escolha sob o “*véu da ignorância*”. Cada indivíduo não sabe qual a sua posição particular na sociedade antes de efetuar as suas decisões. Desta forma, as escolhas são feitas unicamente com base no sentido de justiça, o que resulta na maximização do pior elemento da sociedade. [14] Segundo Rawls, o que leva à maximização do pior elemento não será a solidariedade, mas um receio que após “o véu seja destapado”, eles sejam o pior elemento da sociedade. [12]

No campo da saúde esta teoria poderá ser aplicada, se considerarmos que existe iniquidades que prejudiquem as classes mais desfavorecidas. Contudo, existe algumas dificuldades metodológicas: Em primeiro lugar, a teoria é idealizada para indivíduos que são membros da sociedade plenamente ativos, ou seja, não doentes. É difícil o estabelecimento do modelo de contrato justo defendido, porque *a priori*, o estado de saúde-doença é dinâmico e o momento de saúde de cada cidadão poderá ser diferente, constituindo-se como um entrave ao fecho de contrato justo. [15]

Em segundo lugar, o modelo requer uma definição de “o pior elemento da sociedade” – será o mais desfavorecido, aquele com menos recursos de saúde ou com menor

espólio de outro tipo de recursos e benefícios? [12] Depois, será realmente possível operacionalizar o elemento da “posição original” ou do “véu da ignorância”?

Daniels [16] defende que a aplicação mais promissora desta teoria no campo da saúde é a de incluir serviços de saúde no conjunto de instituições envolvidas na promoção da justiça social e igualdade de oportunidades. Contudo, esta aplicação iria, por ela, colapsar com os princípios da teoria da igualdade de acesso para igual necessidade [12], podendo desenvolver um mecanismo em que os mais desfavorecidos recebem mais e mais, independentemente das suas necessidades.

Os conceitos de Rawls para interpretação da equidade resultam em difícil aplicabilidade a situações específicas e a uma difícil conceptualização para uma análise positiva da teoria. [12]

Para além das dificuldades metodológicas, esta teoria reúne críticas dos filósofos liberais, que argumentam que o foco nos elementos na cauda da sociedade poderá não favorecer necessariamente maior equidade, pois, para os liberais, esta pessoa poderá “merecer” essa posição social.

Envy – Free

Os problemas metodológicos relacionados com o utilitarismo e a teoria de Rawls levaram à necessidade de repensar as bases para atuar na problemática da equidade. A partir desse trabalho reflexivo surgiu a sugestão que a melhor forma de obter uma distribuição equitativa seria segundo o critério de não- inveja. [12]

A abordagem envy-free assume que uma distribuição é equitativa se cada pessoa não estiver disposta a ter o cabaz de consumo de qualquer outra. [12] Como exemplo, considere-se um problema de divisão de uma quantidade fixa de bens entre um conjunto de indivíduos. Se em uma determinada alocação, o indivíduo *a* prefere o pacote do indivíduo *b* para seu poder, dizemos que *a* inveja *b*. Se não houver agentes invejosos em determinada alocação, consideramos a mesma equitativa. [17]

Aplicando esta teoria no âmbito das políticas de saúde, o conceito pode funcionar satisfatoriamente se os agentes envolvidos tiverem necessidades simétricas. No entanto, em caso de discrepâncias acentuadas no estado de saúde dos indivíduos, por

exemplo com presença de situações de doença crónica, torna-se impossível o espaço para compensações aos outros agentes.

A definição de inveja é subjetiva, sendo que o que é considerado prioritário para uma pessoa, em termos de necessidades de saúde, não terá necessariamente a mesma ponderação para outra. Tomando como exemplo, duas pessoas: uma, com uma ligeira cefaleia a necessitar de terapêutica analgésica, e outra, insuficiente renal necessitando de hemodiálise para sobreviver. Ambas podem sentir e argumentar que a sua necessidade é tão ou mais prioritária que a outra pessoa, o que leva a tensões e coloca inúmeras questões éticas e de respeito pelos direitos humanos.

Em saúde, mais uma vez, os indivíduos não dispõem, de um modo geral, de condições *standard* de atividade física e mental pressupostas na atividade negocial e, para além disso, não são os únicos agentes decisores no processo de tratamento. Tal como o exemplo anterior elucida, não é eticamente aceitável que uma teoria de negociação com propósito e não-inveja, permita que alguém abdique de um tratamento necessário por os recursos serem invejados por outros. [12]

1.1.2 - Abordagens modernas ao conceito equidade em saúde

Tendo em conta as lacunas e critérios de aplicabilidade das seis conceptualizações tradicionais de equidade discutidas anteriormente, foram desenvolvidas outras abordagens teóricas específicas ao campo da saúde, que apesar de ainda não consensuais em grande escala, apresentam ideias interessantes, focalizadas nos problemas distribucionais no campo da saúde. Dentro destas teorias, salientam-se três – Equidade como escolha [8] [12] e a Maximização da Saúde [12] e ainda a adaptação da Teoria das Capacidades de Sen [17] para o setor da saúde.

Equidade como Escolha

A teoria desenvolvida por Julian Le Grand tem como princípio norteador que “se a doença de um individuo resulta de fatores externos ao controlo da pessoa, então a situação é inequitativa; se resulta de fatores dentro do controlo, então trata-se de uma situação equitativa” [8].

Desta forma, o indivíduo é exposto perante uma escolha, na qual toma decisões informadas sobre os seus comportamentos de saúde. Considerando dois indivíduos, A

e *B*, expostos ao mesmo conjunto de possíveis escolhas de saúde, *A* poderá ter menor saúde de *B* e tratar-se de uma situação equitativa, se esse diferencial de saúde derivar das decisões pessoais de cada um (p.ex.: consumo de álcool, tabaco, exposição prolongada a stress, sedentarismo, etc.). Considerando agora um terceiro indivíduo, *C*, mais pobre, que tem as mesmas decisões de saúde informadas que o indivíduo *B*, contudo detém menor estado de saúde, derivado das condicionantes externas ao indivíduo. Neste caso, o diferencial de saúde existente entre *B* e *C* tende a ser inequitativo, pois resulta de condições externas às escolhas dos indivíduos. [8] [12]

Esta conceptualização de equidade no domínio da saúde extrapola a problemática para além da visão do indivíduo, introduzindo a noção de determinantes de saúde, sobre a forma de externalidades. Favorece o desenvolvimento de um mercado de seguro perfeitamente competitivo, com o autor a sugerir uma compensação governamental no caso dos mais desfavorecidos. [12]

As críticas fundamentais à *equidade como escolha*, residem sobretudo no fato do trade-off comportamento - estado de saúde, não ser tão linear como a teoria de le Grand transparece. Em primeiro lugar, a incapacidade de alguns indivíduos de exercer uma escolha informada, quer por ignorância ou outro tipo de fatores, leva a uma deturpação na teoria. Por outro lado, não existe uma relação causa-efeito direta entre comportamento e estado de saúde, pelo que indivíduos com o mesmo tipo de comportamentos e de posição social possam deter estados de saúde diferenciados, sendo que à luz da teoria, a pessoa mais doente não teria qualquer tipo de apoio. [12]

Equidade como Maximização da Saúde

Mais que uma teoria, a Maximização da Saúde representa um conceito que emergiu da Economia da Saúde, defendendo que uma distribuição será equitativa apenas se maximizar o potencial de saúde da comunidade. [12]. Neste conceito, a comunidade incorpora o sentido de justiça social e *fairness* e contribuem ativamente para redistribuição de recursos de forma a maximizar o estado de saúde da comunidade. [14]

Esta teoria apresenta algumas semelhanças com a teoria de Rawls, mas sobretudo com a teoria do utilitarismo, sendo a maior diferença entre abordagens o fato desta teoria contemplar a perspetiva do sistema, do decisor, quanto ao que é utilidade, e não a perspetiva do indivíduo.

A maximização da saúde da comunidade é um critério de equidade *per si*, segundo esta teoria. Algumas abordagens utilizam medidas populacionais, como a QALY (Quality Adjusted Live Years) de forma a obter uma métrica da evolução da equidade.

Os opositores a esta visão argumentam que esta ignora os problemas distribucionais do sistema de saúde, considerando que a maximização do estado de saúde global nada diz sobre a distribuição interpessoal da mesma soma. Os defensores da mesma reagem, por sua vez, alegando que a teoria potencia a redistribuição dos recursos pela maximização da saúde comunitária. [12]

Novo olhar para a equidade: Abordagem centrada nas Capacidades Básicas

A teoria das capacidades básicas de Sen [18] representa uma nova visão em termos de economia de bem-estar, que se centra nas capacidades das pessoas, ou seja, naquilo que estas são capazes de fazer.

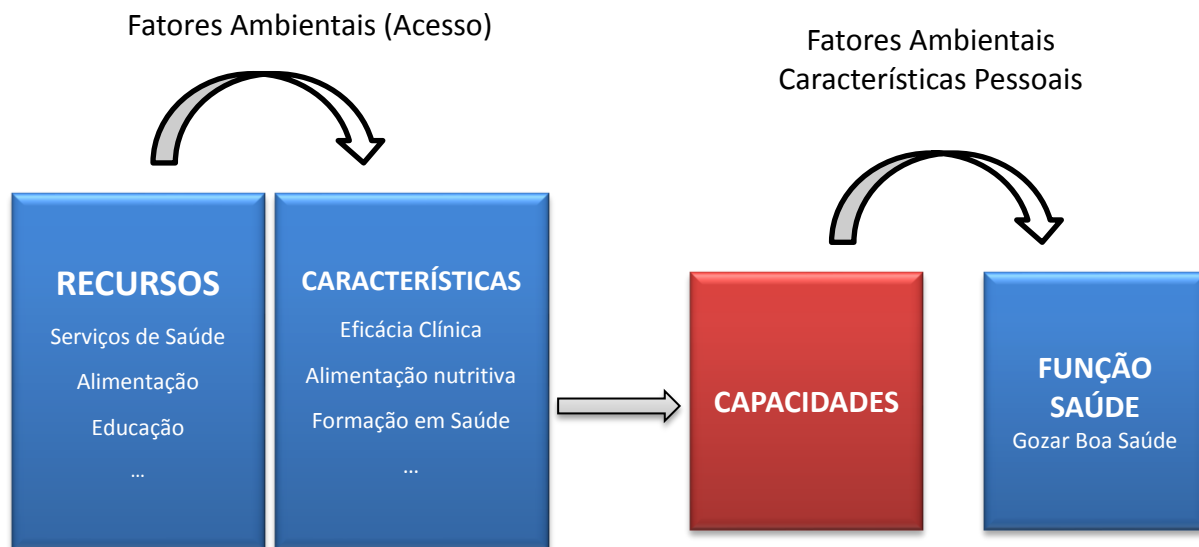
Relativamente ao trabalho explorado anteriormente, a conceptualização de Sen apresenta uma formulação de equidade promissora, no sentido em que fornece uma clarificação no debate sobre se são os recursos ou a utilidade que deverão ser objeto das políticas de equidade.

Esta abordagem examina as transições no processo dos bens (recursos) para os resultados (utilidade/bem-estar), argumentando que é a capacidade da pessoa de transformar os bens em funções humanas (Como ser capaz de trabalhar ou de disfrutar de boa saúde) que interessa para a análise. [7] [12] Esta abordagem, do desenvolvimento como liberdade, representa uma visão importante no estudo da pobreza e desenvolvimento das sociedades.

Para o estudo da equidade, Sen determina que o interesse de análise não reside tanto se a pessoa funciona de determinada maneira, mas sim se aquele individuo tem a capacidade de o fazer. O foco no funcionamento, em termos de equidade na saúde, implica que se uma pessoa necessite de utilizar cuidados de saúde contínuos, é essencial que a pessoa o possa fazer quando o decidir fazer.

O princípio básico de equidade segundo esta abordagem é “igualdade de capacidades básicas” [18]. O foco é a liberdade de oportunidades do indivíduo para escolher a função “boa saúde” [12] [18]. Cabe à sociedade garantir que essa oportunidade é extensível a cada indivíduo.

Figura 2 - Função Produção da Saúde, segundo a Teoria das Capacidades de Sen (1980) [18]. Adaptado de Pereira [12]



A Figura 1 apresenta o quadro esquemático da aplicação do conceito de Sen na produção da função “boa-saúde” segundo a teoria das capacidades, fornecendo informação suplementar sobre a problemática da equidade. [12] [18]

Para gozar o melhor nível de saúde possível, o indivíduo dispõe *a priori* das suas características particulares (idade, história patológica, nível socioeconómico, estrutura familiar, comportamentos) e um cabaz de bens/recursos necessário para obter saúde (Alimentação, Educação, Higiene, Serviços e Cuidados de Saúde).

O cerne da teoria de Sen reside no fato de que a Saúde é uma função produzida pela capacidade do indivíduo de transformar os bens/recursos em resultados, no estado de saúde neste caso concreto. O indivíduo é, desta forma, livre para desenvolver as suas capacidades.

As características dos recursos são influenciadas por fatores ambientais, que determinam a acessibilidade aos recursos com qualidade. As próprias características

personais podem ser influenciadas pelas características destes recursos (melhor educação leva a melhor estatuto socioeconómico).

À luz desta teoria, o papel do sistema de saúde, para promoção da equidade entre indivíduos, será o de otimizar os fatores ambientais de forma a disponibilizar os recursos com as melhores características para que todos os indivíduos tenham a oportunidade de desenvolver as suas capacidades e obter melhor nível de saúde, se assim o queiram. Resumindo, no que cabe a equidade, igualdade de capacidades implica igual acesso às facilidades de saúde. [18]

1.1.3 - Em Suma: Equidade, que conceito?

Após esta extensa revisão de literatura sobre do pensamento teórico em volta do conceito de Equidade, não seria descabido dizer que a dificuldade na determinação de uma ideia consensual para esse conceito tornou-se uma tarefa ainda mais difícil. Analisando as correntes de pensamento expostas, é praticamente impossível a escolha de uma em detrimento das outras, inclusive porque algumas delas se entrecruzam, nas suas ideias fundamentais.

Contudo, é possível extrapolar algumas conclusões sobre esta revisão. Verifica-se uma evolução histórica na discussão do conceito de Equidade, com um desvio do foco do conceito. Os pensadores passaram progressivamente a deixar de se centrarem na questão estrita da alocação dos recursos, para defenderem uma lógica mais centrada no que as pessoas conseguem fazer com esses recursos e como, por esse princípio, se pode potencializar as aptidões de todos para obter a maior harmonia social.

Desta forma, é natural que se coloque a perspetiva das “capacidades” de Sen, mais do que como o conceito por excelência, como uma visão que auxilia bastante a determinação de um conceito de Equidade que seja aplicável ao fenómeno de Saúde na era atual. A visão de Sen da economia de bem-estar direciona a atenção exatamente para a potencialização das capacidades de cada indivíduo para desenvolver a sua saúde.

Nesse sentido, um estado promotor de equidade seria, antes de mais, um estado facilitador das capacidades de cada indivíduo para atingir o seu máximo potencial de saúde. A busca não seria pela igualdade no nível de saúde entre os cidadãos, nem pela igualdade no acesso a cuidados de saúde, mas sobretudo pela preocupação na

atuação junto dos fatores (ligados ao setor da saúde ou não) com impacto nos processos individuais que levam a pessoa a desenvolver o seu estado de saúde.

Obter maior equidade entre os cidadãos implica, então, que todo o ambiente seja gerido na lógica de proporcionar aos indivíduos o seu pleno potencial de saúde. Em termos governativos, poder-se-á afirmar que para maior equidade é necessária uma intervenção de saúde em todas as políticas, de forma que seja facilitado de igual modo a todos os indivíduos as condições de habitabilidade, alimentação, educação, saneamento, cobertura de serviços de saúde, suporte social, segurança, e outras facilidades que permitam o pleno desenvolvimento das suas capacidades para obtenção do melhor estado de saúde e qualidade de vida possíveis.

Dentro desta carteira de bens, é de salientar o peso que a educação poderá ter para a equidade social e na saúde. Retornando à teoria de Sen, a educação constitui-se um vetor por excelência de capacidade de desenvolvimento do ser humano. O aumento das qualificações está relacionado com o aumento da capacidade dos indivíduos de obterem melhores condições de trabalho, de vida e de potenciarem o seu estatuto socioeconómico. Por conseguinte, a promoção a um acesso universal e equitativo a um ensino de qualidade para todos contribuirá para que todos tenham maior igualdade na oportunidade de desenvolver as suas capacidades.

Importante reafirmar que se trata de facilitar de igual forma e não facilitar as mesmas condições, ou seja, no cerne da equidade não está a igualdade de bens, mas sim a igualdade de oportunidades para desenvolver as suas capacidades.

Para essa missão de grande complexidade, a ciência e o pensamento modernos poderão contribuir com duas ferramentas essenciais à aplicação deste conceito: Primeira, a evidência científica, enquanto suporte para a decisão política, facilitando a determinação de estratégias de intervenção junto das populações para melhorar a equidade; segunda, o pensamento holístico, tendência cada vez mais presente no pensamento em saúde mas também no pensamento político, entendendo que só uma abordagem em todo poderá ser uma solução para os problemas relacionados com as iniquidades existentes nas sociedades.

Em suma, a Equidade, particularmente a Equidade em Saúde, deverá ser um conceito centrado na otimização socialmente justa da saúde e bem-estar da população, mediante uma intervenção holística na sociedade e suas estruturas que

permita que qualquer indivíduo, independentemente da sua origem e características, possa, assim queira, ter a capacidade de desenvolver o seu máximo estado de saúde total, bem-estar e qualidade de vida possíveis.

1.2 - Equidade em Saúde: Definições Utilizadas

Existe pouco consenso sobre uma definição única de Disparidades, Desigualdades ou Equidade em Saúde. Um dos motivos será, inevitavelmente, o carácter único e complexo do setor e do fenómeno de Saúde, ao qual os modelos teóricos rígidos dificilmente se encaixam. No entanto, outro motivo poderá ser a extrema importância da definição em si. É que, dependendo daquilo que defina, a “Equidade em Saúde” poderá ter importantes implicações políticas com consequências práticas, no sentido em que determina aquilo que terá de ser monitorizado em termos locais, estaduais, nacionais e internacionais, bem como influencia que atividades serão realizadas e como serão empregues recursos preciosos para a sociedade [19]. É portanto essencial uma clarificação consensual destas definições.

As desigualdades/disparidades/equidade em saúde (doravante apenas referidas como equidade ou iniquidade em saúde) não se referem a todas as diferenças existentes na saúde dos indivíduos. As iniquidades em saúde referem-se a um tipo particular de diferenças; trata-se de uma diferença nos níveis de saúde entre grupos sociais. Concretamente, existe iniquidade em saúde quando um grupo em desvantagem social *a priori* (por motivos de pobreza, geografia, questões étnicas ou de género, entre outros) sofre uma situação de permanente desvantagem social que resulta num estado mais débil de saúde naquele grupo, relativamente a outros.

Estas diferenças são particularmente injustas, uma vez que colocam injustamente grupos de indivíduos que já estão numa situação prévia de desvantagem social, por exemplo porque nasceram em famílias pobres, ou pertencem a uma minoria étnica ou de género, numa situação de também desvantagem em relação à sua saúde, que é um aspeto essencial do bem-estar dos indivíduos e que contribui para que estes “escapem” da sua desvantagem social. [7] [19]

Outro ponto importante para a definição de Equidade em Saúde é a origem destas diferenças. Quando existe iniquidade em saúde assume-se que as diferenças no estado de saúde dos grupos são consequência de processos e causas evitáveis e/ou reversíveis mediante a organização social e política. As iniquidades surgem por não

ser possibilitado a todos a igual oportunidade de desenvolver o seu estado de saúde individual em harmonia social.

Partindo destes pressupostos analisemos as definições de Equidade em Saúde existentes. Uma das definições mais concisas e acessíveis foi formulada por Whitehead [19] [2] dizendo que se trata de diferenças na saúde “que não são tão-somente desnecessárias e evitáveis, como também injustas”. A mesma autora refere ainda que a equidade na saúde implica que, idealmente, todos tenham a justa oportunidade de poderem desenvolver o seu pleno potencial de saúde e que ninguém deverá estar em desvantagem de fazê-lo, se isso for evitável.

Uma série de outras definições foram desenvolvidas ao longo dos tempos, por diversos estudiosos e instituições que se dedicaram ao debate da Equidade na Saúde. Uma das definições mais consensuais é a adotada pela International Society for Equity in Health (ISEqH) [1] “ausência de diferenças sistemáticas potencialmente reversíveis, em um ou mais aspetos de saúde entre uma população definida em termos sociais, económicos, demográficos ou geográficos”.

Analisando estas e outras das definições mais consensuais sobre Equidade em Saúde [19] poder-se-á extrair alguns termos-chave. Para existir iniquidade existe uma diferença sistemática no estado de saúde entre grupos de indivíduos. Esses grupos são separados, sobretudo, por critérios de estatuto social – socioeconómico e de poder fundamentalmente – que lhes conferem vantagem ou desvantagem social. O estatuto social e maior poder relativo de determinado grupo na sociedade leva a que estes sejam privilegiados na satisfação dos seus potenciais de saúde em relação a outros indivíduos, de forma que não é socialmente justa. Por último, assume-se que estas diferenças existentes são evitáveis, mediante a atuação sobre os seus fatores determinantes.

Contudo, as definições referidas deixam igualmente algumas questões em aberto: Quais são os critérios explícitos de agrupamento dos grupos?; quais são os critérios de justiça social a atender?; quais os determinantes sociais que levam a existência destas diferenças injustas entre grupos? As definições não fornecem concretamente um caminho de como atingir a equidade na saúde. Esta lacuna surgirá, provavelmente, por ser esse o foco da complexidade desta problemática: intervir de forma prática e objetiva para atingir Equidade em Saúde.

1.3 - Iniquidades em Saúde: Mecanismos de Causalidade

Atualmente presenciam-se diferenças sistemáticas no estado de saúde e no risco de morte ou doença grave, entre populações ou dentro de uma população em função de um gradiente social em que os mais pobres e vulneráveis são também vítimas de maior vulnerabilidade em matéria de saúde. No entanto, apesar de conhecida a problemática, mantêm-se as reticências quanto às causas determinantes que levam a existir esta iniquidade em saúde.

Torna-se fundamental explorar e compreender os motivos que norteiam estas diferenças, para que seja possível uma intervenção eficiente que permita equalizar oportunidades dos indivíduos desenvolverem as suas capacidades de saúde e assim disporem de saúde e qualidade de vida. [6]

As iniquidades em saúde têm sido um processo dinâmico ao longo da história. Nem sempre os mais ricos e poderosos detiveram melhores níveis de saúde - Estudos retrospectivos que compararam esperanças de vida à nascença da população inglesa comum com as famílias nobres, durante séculos, verificaram que as disparidades no nível de saúde entre classes sociais só surgiram a partir de meados do século XIX, com o *boom* das descobertas na área da saúde. [20]

Nesse período, a população nobre, mais rica e poderosa, tinha acesso privilegiado a recursos de saúde, o que possibilitava melhorarem os seus rácios de saúde, tratando e prevenindo enfermidades. Para além do acesso às melhores armas terapêuticas no combate às doenças, os mais poderosos tiveram ainda acesso facilitado a outro recurso, que por ventura catapultou ainda mais os seus níveis de saúde: o conhecimento em saúde pública. Foi a época de início dos projetos de saneamento básico, incentivo à higiene e outras medidas de saúde pública, facilitado às classes altas da sociedade, mais intelectualizadas e sensíveis ao conhecimento. Foram os primórdios da literacia em saúde.

Estes acontecimentos históricos demonstram, contudo, que não é o estatuto social por si que leva a melhor saúde, mas antes a facilitação de recursos e oportunidades para satisfazer as suas capacidades de atingir saúde plena, podendo existir períodos de tempo na história em que dinheiro e prestígio social nada poderão fazer face ao

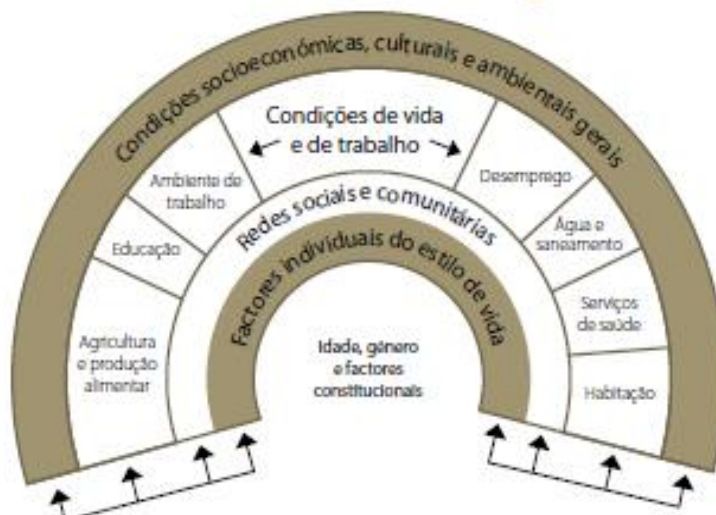
contexto ambiental existente (ex.: uma catástrofe natural, um clima de guerra, uma pandemia de alta letalidade).

Sendo que as iniquidades em saúde se manifestam sobretudo em função de indicadores de posição social, é de crer que a sua etiologia e possibilidade de minimização está muito para além do alcance do setor da saúde, da oferta ou cobertura de cuidados. Assume-se que estas diferenças são um reflexo de uma estrutura social e socioeconómica existente, sendo nela que se encontram os principais determinantes destas iniquidades.

1.3.1 - Modelos sociais de saúde e Determinantes de Saúde

O estado de saúde de cada pessoa é determinado por um conjunto de fatores multivariado. Dentro deste conjunto de fatores, os determinantes de saúde, incluem-se determinantes individuais (relacionados com fatores biológicos, genéticos, físicos, mas também comportamentais do próprio indivíduo) e uma série de fatores relacionados com o grupo familiar, redes sociais e comunitárias e um conjunto de fatores ambientais e sociais mais alargado, que vão desde as condições de trabalho às condições macroeconómicas, sociais e culturais que envolvem o indivíduo. [2] [21]. A Figura 2 ilustra esta teia de determinantes.

Figura 2: Determinantes de Saúde, (adaptado de Dahlgren e Whitehead [2]. Fonte: WhoEurope.int)



Obviamente, nem todas as pessoas vivem, trabalham ou adoecem dispondo da mesma estrutura ou condições de suporte familiar, económico e social.

Ao conjunto desses fatores, que refletem os mecanismos estruturais e posição socioeconómica do indivíduo, designamos por determinantes sociais da saúde. Podemos defini-los como “ as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e adoecem, incluindo o sistema de saúde. Estas circunstâncias são espelhadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos aos diversos níveis – global, nacional e local.” [22]

Estes determinantes sociais irão afetar os determinantes intermédios, relacionados com a individualidade e comportamentos de saúde, gerando um *outcome* de saúde. [21] Sendo que os indivíduos não dispõem todos das mesmas estruturas que salvaguardem as suas capacidades, existirá um gradiente de desigualdade na saúde, baseado na posição do indivíduo na sociedade. A existência deste gradiente é bem visível entre países e continentes, contudo as disparidades sociais dentro da mesma área geográfica são igualmente significativas.

1.3.2 - Associação entre Estatuto Socioeconómico e Saúde – Os Estudos Whitewall

Uma das primeiras e mais influentes evidências científicas na área das desigualdades em saúde foram produto do trabalho de pesquisa do Professor Michael Marmot. [23]. Este estudo tinha como objetivo estudar a relação entre a mortalidade por doença cardíaca, fatores de risco cardiovasculares e o nível ocupacional, numa população de 17530 funcionários públicos em Londres. Os trabalhadores foram seguidos ao longo de dez anos, entre 1967 e 1977. O follow-up desta amostra verificou uma associação inversa entre o nível ocupacional e a mortalidade, com os trabalhadores no nível mais baixo a apresentar o triplo da mortalidade em relação aos trabalhadores de nível ocupacional mais elevado, com uma proporção de diferencial entre grupos muito semelhante para todos os outros indicadores de morbilidade estudados.

Este estudo foi influente, sobretudo, porque tratava uma população de funcionários públicos com trabalho estável que não seriam considerados de alguma forma como pobres. Os resultados surpreenderam pelas disparidades tão acentuadas entre os indivíduos. Outro aspeto que torna este estudo tão influente surge da sua conclusão que as diferenças nos *outcomes* de saúde existentes não poderiam ser explicadas unicamente pelos maus comportamentos de saúde ou pelas questões de acesso a serviços de saúde. [21] [22]

Este projeto foi continuado, como Whitewall II [24] - um trabalho realizado entre 1985 e 1988 que investigou o grau e causas do gradiente social na morbilidade num novo coorte de 10,314 Funcionários Públicos (6900 homens e 3414 mulheres) com idades entre os 35-55. Os participantes no estudo respondiam um questionário com um conjunto de questões relativamente variado: antecedentes médicos; características do trabalho tal como a responsabilidade e autonomia de decisão; redes sociais e de suporte; comportamentos de saúde, incluindo fumar e atividade física; acontecimentos de vida stressantes. Para além do questionário os sujeitos eram examinados clinicamente e despistados, entre outros problemas, sinais de angina ou isquemia do miocárdio.

O Whitewall II confirmou os resultados do primeiro estudo, demonstrando uma associação inversa entre o grau ocupacional e a prevalência de angina, isquemia do miocárdio, sem alterações significativas com os achados de há 20 anos atrás. Mas o estudo revelou outros resultados interessantes: Uma associação entre maior nível ocupacional e maior suporte social, melhores comportamentos de saúde, menor stress e melhores condições no trabalho. O estudo revelou ainda, que, quanto ao estado de saúde autoreportado e aos sintomas de doença, eles eram piores nos sujeitos de nível ocupacional mais baixo. Os sujeitos dos níveis mais baixos declaravam mais eventos stressantes que os elementos de níveis mais elevados.

Estes estudos, mais que conferir certezas, abriram espaço para a discussão dos efeitos dos determinantes sociais da saúde nos comportamentos de saúde e no estado de saúde dos indivíduos. [25] O debate sobre a causalidade do gradiente social na saúde não está terminada e novas teorias procuram isolar efeitos de riqueza ou períodos do desenvolvimento biológico e social do individuo para explorar a magnitude desta associação.

1.3.3. - O impacto do desenvolvimento na primeira infância para a saúde adulta

Outro foco de investigação sobre o impacto do estatuto socioeconómico no estado de saúde tem-se centrado na exposição negativa dos indivíduos em períodos críticos do desenvolvimento do ser humano, e qual a influência dos estímulos percebidos nesses curtos períodos para o estado de saúde do individuo *a posteriori*. Um dos focos dessas investigações tem sido o período inicial do desenvolvimento do ser humano, na primeira infância, ou ainda anterior, a influência do desenvolvimento embrionário para a consolidação do estado de saúde do indivíduo.

A saúde do embrião depende de um adequado desenvolvimento uterino e aporte de oxigénio e nutrientes, sendo este um período crítico do desenvolvimento do ser humano, caracterizado pela multiplicação celular rápida. Estudos realizados têm demonstrado que a resposta a um défice neste aporte de nutrientes e oxigénio será uma menor capacidade de divisão celular e um conseqüente comprometimento do desenvolvimento de alguns órgãos, evidente no menor peso e desenvolvimento de algumas partes do corpo (principalmente a cabeça) de bebés subnutridos em comparação a bebés normais. Esta restrição no desenvolvimento está comprovadamente associada a maiores índices de doença coronária e hipertensão. [25] [26]

O desenvolvimento na primeira infância tem ganho visibilidade como fator com impacto na saúde em fase adulta. Existe evidência da relação entre a estimulação do desenvolvimento físico, cognitivo social e emocional e indicadores de saúde e de desenvolvimento na criança, com extrapolação para a fase adulta. [27] Indivíduos subnutridos na infância estão associados a menor altura e a empregos pior pagos. [20] Crianças que vivem no seio de famílias mais pobres e desprotegidas estão mais expostas a fatores de risco para a saúde e tem normalmente menor acesso a serviços de saúde, o que culmina que as suas situações de doença tendem a agravar-se antes serem assistidas pelos serviços de saúde, tendo estes acontecimentos impacto significativo no desenvolvimento da criança, minimizando o seu potencial de saúde adulta. [20]

Um dos potenciais determinantes associados ao desenvolvimento na primeira infância será a educação e estimulação cognitiva daí proveniente. A educação na infância influencia a educação na fase adulta, mas também o seu tipo de trabalho e rendimentos obtidos, sendo o estado de saúde influenciado pela associação destes três fatores. [20] A educação surge, por um lado, como fator determinante para o crescimento socioeconómico, por outro como ferramenta para o aumento da literacia e conhecimentos em saúde. Ora, a educação é um processo que se inicia na infância e que para a sua continuação é determinante a estimulação desde os primeiros anos. Estes aspetos são essenciais quando se considera a forma como se deverá tentar corrigir as iniquidades em saúde, se através da educação se por outro tipo de medidas como as taxas, o rendimento ou o acesso aos cuidados de saúde. [20]

1.3.4 - Impacto do stress ao longo do ciclo de vida

Uma outra teoria sobre o impacto do estatuto socioeconómico na saúde baseia-se na perspectiva da exposição dos indivíduos, em vez da exposição a episódios pontuais, à acumulação entre situações de vantagem e desvantagem ao longo do ciclo de vida e ao stress que daí advém. Desta forma, o desgaste no corpo e saúde seria provocado pelo “bombardeamento” de episódios de elevado e repetido *stress*. Como estes episódios ocorrem de maneira e frequência diferentes entre grupos socioeconómicos, estas diferenças contribuem para as iniquidades socioeconómicas em saúde.

Esta perspectiva baseia-se na teoria da carga alostática (*allostatic load*) que se refere às consequências psicológicas e psicossomáticas da exposição a respostas neurais e neuro-endócrinas fluentes que advém da exposição repetitiva e prolongada ao *stress*. [20] O funcionamento do organismo adapta-se às diferentes exigências do meio-ambiente, sendo que perante uma ameaça externa, o organismo aumenta a produção de adrenalina e outras hormonas que têm como manifestações físicas diversas, tais como aumento da frequência cardíaca ou da tensão arterial. O acumular destas respostas do organismo por exposição ao *stress*, segundo esta teoria, desgasta a saúde do indivíduo, sendo um fator determinante para o aparecimento de doenças crónicas.

Desta forma, os indivíduos com maior estatuto socioeconómico terão, por um lado, maior proteção relativamente a alguns agentes estressantes (pressão financeira, segurança, entre outras), por outro lado, maior capacidade e instrumentos psicológicos de gestão do stress, derivados por exemplo das maiores competências educacionais.

Esta teoria traz à discussão a contribuição dos mecanismos psicológicos para o fato do estatuto socioeconómico influenciar o estado de saúde. Ainda no seio desta teoria, tem-se analisado o impacto do *stress* laboral ou das alterações no emprego ou nível de rendimento ao longo da vida, na tentativa de verificar o impacto para a saúde dos mesmos indivíduos em função dessas mudanças, e qual a influência do acumular das situações ao longo do ciclo de vida.

1.4. - Posição Social e Equidade em Saúde: Revisão de Literatura

Para um estudo criterioso da equidade em saúde e das diferenças nos potenciais de saúde entre grupos da população é necessário, portanto, analisar determinados indicadores da posição social do indivíduo, tais como o género, a raça, o nível de ensino, o rendimento, o nível ocupacional, entre outros, que podem refletir diferenças de saúde entre os grupos.

1.4.1 - Estatuto Socioeconómico

A maioria dos estudos na área da equidade analisa as disparidades em saúde em termos das diferenças entre grupos socioeconómicos. O estatuto socioeconómico é uma hierarquia usada para classificar e estratificar os grupos sociais e pode ser agrupada de diversas formas: normalmente é representada pelo rendimento, nível de educação, nível ocupacional ou por uma conjugação destes ou outros indicadores. [6] [20] [28]

Desde os Whitewall Study que existe evidência sobre a associação entre o nível socioeconómico dos indivíduos e os seus *outcomes* de saúde. Este impacto mostra-se transversal às diversas realidades existentes, pois analisando as populações separadas pelo nível socioeconómico em diversos países, verifica-se que existem iniquidades em saúde em todos eles (apesar de magnitudes diferentes) com os mais pobres a possuírem maior morbilidade, maior mortalidade e maiores fatores de risco para a saúde. [29] [30] [31]

As diferenças socioeconómicas entre a população originam um gradiente de desigualdade, gradiente esse que é dinâmico. Um dos aspetos mais interessantes de analisar na associação entre saúde e nível socioeconómico é como ambos têm evoluído ao longo do tempo, ou como se manifestam em períodos temporais e históricos específicos. Um estudo realizado na Coreia do Sul [32] revelou que durante um período de crise económica ao longo de aproximadamente dezassete anos as disparidades em saúde aumentaram entre os grupos socioeconómicos ao longo do tempo, demonstrando que as desigualdades sociais cavadas pela crise refletiram-se também em termos de saúde.

No entanto, estudos semelhantes realizados nos EUA [33] [34] ,apesar do forte investimento da redução das desigualdades em saúde, demonstraram que as disparidades não diminuíram ao longo do tempo, pelo contrário aumentaram em alguns casos. O mesmo ocorreu na China, [35] no período de transição para a economia de mercado, ocorrendo um aumento de disparidades geográfica e socioeconómica, entre extremos.

Independentemente da interpretação possível dos dados obtidos por esta associação, o nível socioeconómico é sem dúvida uma das variáveis essenciais e mais interessantes para o estudo das desigualdades em saúde.

Rendimento

O Rendimento é o indicador de posição socioeconómica que mais diretamente mede a componente de recursos materiais. O rendimento, tal como outros fatores, tem uma associação direta com a saúde, no sentido em que pode influenciar uma condição de circunstâncias materiais que estão diretamente implicadas com a saúde. Mas o rendimento não é uma variável simples, podendo ter diversas formas e/ou fontes (ordenados, salários, vencimentos, gratificações, percentagens, comissões, subsídios, prémios, emolumentos, senhas de presença, participações em multas, rendas, entre outros), e necessitando de ser ajustado de acordo com deduções e contribuições fiscais, o período de tempo consagrado (semanal, mensal, semestral, anual, uma vez que o rendimento poderá não ser homogéneo e sofrer sazonalidade) e ainda a dimensão e características do agregado familiar. [36] Desta forma é possível verificar de forma mais fidedigna os recursos disponíveis.

A relação entre o nível de saúde e o nível de rendimento da população é uma das associações mais estudadas no âmbito da equidade e disparidades em saúde. Os mais pobres têm maiores probabilidades de fumar, serem obesos e/ou sedentários, trabalharem em empregos de risco, ou terem outros comportamentos negativos para a saúde. [20] Normalmente pessoas com menores rendimentos têm menor acesso a outros bens sociais como a educação, o que potencia ainda mais a exclusão social destas pessoas.

Mas o rendimento está mais diretamente relacionado com a capacidade de adquirir bens e em termos de saúde, de ter acesso a serviços médicos. Estudos realizados por Van Doorslaer [36] [5] [4] sobre a utilização de cuidados de saúde em diversos países

da OCDE, com sistemas de saúde com características distintas, demonstraram iniquidade favorecendo os mais ricos na quase totalidade dos países estudados, para todas as especialidades de serviços utilizadas. A riqueza consegue inclusivamente influenciar a alocação de recursos geograficamente – Um estudo americano que analisou a riqueza dos estados e o risco de mortalidade demonstrou que entre residentes no mesmo nível socioeconómico, os indivíduos em estados mais pobres apresentavam maior risco de mortalidade que os indivíduos nos estados considerados mais ricos. [37]

As disparidades quanto ao rendimento são igualmente um problema. Um estudo semelhante realizado no Brasil revelou que os níveis de mortalidade, tanto de adultos como de crianças, eram maiores nos estados em que havia maiores disparidades de rendimento entre a população. [38] Contudo, apesar destes achados, os estudos sustentam igualmente a ideia que o rendimento não poderá ser o fator único, que explique apenas por si as disparidades em saúde existentes entre grupos socioeconómicos. [5]

É evidente, pelo já anunciado, a associação entre o estatuto económico, e o poder que lhe é associado, e o estado de saúde. Contudo um aspeto continua a gerar grande discussão teórica e interdisciplinas: em que direção se dá essa casualidade e como se gera a associação? [25] Apesar da crença das ciências médicas e sociais que, em grande parte, a iniquidade em saúde deriva do estatuto socioeconómico, os economistas estão a fornecer contributos que demonstram uma nova direção, a influência que uma saúde débil tem em termos económicos e como pode contribuir para a pobreza. [25]

Uma saúde pobre poderá levar uma família a ter menor capacidade de obter rendimentos, pela diminuição na capacidade laboral, bem como ao aumento crescente de despesas médicas, levando a uma sobrecarga económica suplementar.

Analisando estes novos contributos da ciência, verifica-se que a relação entre estatuto económico e saúde não é uma caixa fechada. Sendo que a riqueza ou pobreza podem contribuir para melhor ou pior saúde, determinados eventos de saúde poderão afetar diretamente os recursos e rendimentos dos indivíduos. Tendo estes aspetos em conta, tudo indica para que esta associação seja provavelmente bidirecional em função dos acontecimentos de vida. Contudo, a possibilidade de causalidade inversa entre

rendimento e saúde leva a que seja necessária cautela na inclusão deste indicador numa análise de equidade na saúde numa população.

Educação

O nível educacional é um indicador epidemiológico frequente. A educação formal é determinada em grande parte pelas características socioeconómicas familiares, pelo que reflete a posição socioeconómica do indivíduo jovem, bem como o património socio-intelectual do meio familiar. A educação poderá ainda refletir o desenvolvimento de competências essenciais para uma maior literacia em saúde. [21] [39]

Como indicador socioeconómico, o nível educacional refere-se tipicamente à classificação da população pela escolaridade completada. O referencial mais utilizado é a Classificação Internacional Normalizada da Educação ou International Standard Classification of Education [40] – uma classificação que permite uma categorização das habilitações académicas baseada em competências adquiridas, permitindo a recolha e análise e comparação de estatísticas e políticas educativas entre países com sistemas educativos diferentes. Esta classificação foi evoluindo ao longo do tempo, sendo que a sua versão mais atualizada, de 2011, engloba oito categorias, que vão desde o Ensino Pré-Primário até ao Doutoramento.

O nível de ensino dos indivíduos tem interesse prático, em termos de ganhos em saúde, por dois motivos. Primeiro, porque indivíduos com maiores habilitações académicas tendem a deter melhores posições na esfera profissional, cultural, política, entre outras, o que lhes fornece acesso a recursos que otimizam o seu potencial de saúde. Por outro lado, associado ao nível académico vêm as competências desenvolvidas com ganho para a saúde, ou seja a literacia em saúde, o que leva a que o indivíduo esteja mais capacitado para promover e proteger a sua saúde e a daqueles que o rodeiam. Está comprovado que a educação detém um forte fator protetor de saúde, protegendo o indivíduo ao longo do tempo [39] [41] [42] , inclusive de possíveis riscos para a saúde associados à riqueza e abundância de recursos. [43] [44]

Pela sua ligação a todos os fatores socioeconómicos anteriormente referidos, a educação revela-se uma variável imprescindível no estudo das desigualdades em saúde. Como indicador a incluir numa investigação, o nível de ensino é fácil de calcular e comparar entre grupos, regiões países e também entre diferentes períodos de tempo. Ele também é menos suscetível a fenómenos de casualidade inversa relativamente a outros indicadores (como o rendimento, já referido).

Ocupação

A ocupação de uma pessoa não se refere apenas à atividade profissional que desempenha mas também pretende agrupar essa atividade em grupos, relacionados normalmente com as características de diferenciação técnica e científica da mão-de-obra. Usualmente dividem-se trabalhadores operários manuais, de operários classificados e dos administradores/gestores. A *International Standard Classification of Occupations* (ISCO) é a classificação internacionalmente aceite para essa divisão. [28]

As características do trabalho poderão ter um impacto tão determinante na sua qualidade de vida e saúde que seja difícil de reparar ou equilibrar. [23] [24] Um estudo pretendeu comparar as diferenças de mortalidade entre classes sociais em vários países com políticas socioeconómicas divergentes revelou uma iniquidade na mortalidade entre trabalhadores operários e não operários de magnitude aproximada entre os diferentes países, tendo eles políticas socioeconómicas mais ou menos igualitárias. [45]

Indicadores baseados no nível ocupacional são relevantes para determinar a posição social do indivíduo bem como os riscos ocupacionais a que o mesmo estará exposto e que poderão ser prejudiciais ao seu estado de saúde. Tendo em conta que o indivíduo poderá desempenhar várias atividades ao longo do seu ciclo vital, usualmente assume-se a atividade principal atual para efeitos de tratamento de dados.

Este indicador tem como ponto fraco para a sua utilização para investigação a dificuldade na identificação de alguns setores profissionais para efeitos de comparação entre níveis de ocupação, o que pode confundir os resultados. Outro aspeto a considerar é a possibilidade casualidade inversa, uma vez que pior saúde leva a menor capacidade laboral, logo um nível ocupacional tendencialmente mais baixo.

1.4.2 - Género

A desigualdade das mulheres no acesso a direitos humanos básicos, inclusive saúde, foi uma realidade exposta e uma luta mantida por diversos movimentos sociais que atravessaram o século XX. Contudo, a viragem de século mostra ainda uma imagem desigual de géneros, espelhada em diversos aspetos sociais, que vão desde a discriminação profissional, com salários desiguais, até à limitação de acesso à saúde.

Quando a dados de saúde, homens apresentam maiores taxas de mortalidade que as mulheres em todas as idades, no entanto as mulheres reportam maiores taxas de morbilidade. [20] No caso concreto de Portugal os dados existentes sobre diferenças de género no estado de saúde [46] reafirmam esses resultados. Por outro lado, a posição socioeconómica parece deter impactos diferentes entre sexo masculino e feminino. Por exemplo, quando a educação, os homens apresentam maior magnitude que as mulheres nas disparidades de mortalidade entre os indivíduos com mais habilitações académicas e os indivíduos com menos, [47] o que sugere que as causas da iniquidade podem diferir entre os géneros.

Perante os dados apresentados, é naturalmente colocada a hipótese de estas diferenças serem de índole puramente biológica e genética, naturais e não passíveis de influência. No entanto, a biologia não poderá ser a única explicação. A vantagem feminina na esperança média, nos EUA, é agora menor que nunca (5,3 anos em 2008 comparado com 7,8 em 1979) [20] crendo-se que este declínio contemporâneo deve-se em muito ao aumento das mulheres fumadoras. [48]

Os modelos sociais construídos à volta da noção de género moldam os papéis e comportamentos entre rapazes e raparigas. Os modelos de masculinidade podem ser negligentes quanto às consequências de saúde para homens e rapazes. [27] Por outro lado, a discriminação social sistemática das mulheres no acesso ao poder, prestígio e recurso, é uma realidade ainda presente em várias sociedades, condicionando o seu acesso a rendimento, saúde e ocupação elevada [21]. Um estudo que examinou como o estatuto socioeconómico das mulheres se relaciona com a saúde de mulheres e homens nos EUA [49] verificou que existia maiores níveis de mortalidade e morbilidade entre mulheres nos estados onde as mesmas têm menor participação e autonomia política e económica. Estes dados suportam o argumento do impacto para a saúde que têm os modelos sociais e culturais dos indivíduos na sociedade, que vai para além do estatuto social *per si*.

Como vemos, homens e mulheres detêm particularidades em termos de necessidades e capacidades de saúde significativas, pelo que se torna essencial contemplar o género como um indicador essencial para estudo das desigualdades em saúde.

1.4.3 - Raça / Grupo Étnico /Migrantes

Existe evidência que a etnia e ambiente cultural da pessoa têm uma influência determinante na sua relação com o meio social. Em termos de acesso aos serviços de saúde e qualidade de cuidados essa influência é significativa. Um estudo realizado numa população de nados-vivos no Hospital Fernando da Fonseca verificou que os descendentes de emigrantes registaram maior mortalidade fetal e neonatal e as mães sofreram maiores patologias durante a gravidez, fato que os autores relacionaram com vigilância menor/ mais tardia da gravidez. [50] Existem igualmente evidência de diferentes níveis de tratamento para patologia cardiovascular [51] ou ortopédica [52] para brancos e negros.

As explicações possíveis para estas iniquidades no nível de tratamento poderão relacionar-se com algum conflito ou tensão racial existentes entre pacientes e cuidadores de etnias diferentes. [20] [51] A necessidade dos serviços de saúde de desenvolverem uma sensibilidade e competência para a multiculturalidade é indispensável na sociedade globalizada. A comunicação (não só quanto ao idioma mas também a interpretação de palavras e gestos) é um dos aspetos essenciais deste fenómeno, podendo constituir por si uma barreira ou facilitador de acesso à saúde.

Outro possível motivo para as disparidades de saúde entre a maioria branca/caucasiana e as minorias étnicas relaciona-se com um determinante social de saúde: o local onde as pessoas vivem. Um estudo realizado em 2011 nos EUA [53] realizou um registo de nados vivos e verificou como uma percentagem significativamente mais elevada de mães negras com educação secundária davam à luz e residiam em locais considerados “poluídos”, em relação às mães brancas (67% para 41%). Se extrapolarmos esta localização mais “poluída”, para possivelmente mais insegura, com maiores índices de criminalidade e menor nível de apoios e serviços, é de considerar o possível impacto negativo que o ambiente residencial poderá ter no desenvolvimento à nascença, inclusive em termos de saúde.

Outro fator major que poderá estar relacionado com as iniquidades em saúde entre raças, deriva da iniquidade económica entre as mesmas, sendo que na maioria das sociedades ocidentais os mecanismos de racismo e segregação contribuem para um nível socioeconómico baixo das minorias [54]. Pela relação causal entre saúde e estatuto socioeconómico, explorada anteriormente, verifica-se que este poderá ser um

fator determinante para as iniquidades entre membros de diferentes culturas/etnias/raças.

Atendendo às premissas anteriores é de reforçar a importância deste indicador social para o estudo da equidade em saúde.

2. METODOLOGIA

A fase metodológica constitui-se como a fase do processo de investigação em que são determinados os métodos a utilizar para obter as resposta(s) à(s) questão(ões) de investigação que foram formuladas previamente.

Segundo Fortin, [55] esta fase resume-se em quatro pontos fundamentais: escolha do tipo de estudo e desenho de investigação; a definição da população e amostra a estudar; a seleção das variáveis; e a escolha dos métodos de análise de dados a realizar. Resumindo, a metodologia consiste no delineamento de um plano de trabalho concreto, sistematizado por um conjunto de atividades que conduzem aos objetivos da investigação.

Para o sucesso da investigação é necessário critério redobrado nesta fase do processo. O investigador deverá escolher um desenho de estudo e uma amostra apropriados ao que pretende estudar e definir as variáveis e os instrumentos mais fiáveis e válidos para assegurar a fiabilidade e qualidade dos resultados.

2.1- Objetivos do Estudo

O delineamento de uma investigação deverá incluir a sua finalidade, previamente concretizada sob a forma de objetivo, servindo este de meta norteadora do desenvolvimento do trabalho.

Dependendo da complexidade do que se pretende estudar, o objetivo principal poderá desdobrar-se em objetivos específicos, como que um mapa que direciona o caminho da investigação até ao propósito final.

Este estudo tem por objetivo geral *Analisar a Equidade socioeconómica no estado de saúde da população portuguesa e sua evolução no período temporal compreendido entre o I e o IV Inquéritos Nacionais de Saúde (1987 – 2006)*. Para atingir esta finalidade definiram-se como objetivos específicos:

- Caracterizar a população de inquiridos em cada INS quanto ao rendimento e educação.
- Verificar a associação entre estatuto socioeconómico (definido pelo rendimento e educação) e o estado de saúde da população em cada um dos quatro INS.
- Comparar o grau de iniquidade socioeconómica no estado de saúde entre os quatro INS.

2.2 - Tipo de Estudo

O tipo de estudo resume num único termo as características principais do desenho da investigação, ou seja, o tipo de atividades que serão realizadas para atender às questões de investigação levantadas.

Nesta investigação estamos perante um estudo observacional retrospectivo, baseado na análise dos quatro inquéritos de base populacional – os inquéritos nacionais de saúde – em diferentes períodos de tempo, estudando em cada um deles a relação entre o nível socioeconómico e o estado de saúde da população. A finalidade será a de comparar valores com significados semelhantes nos quatro inquéritos, com intuito de traçar uma tendência no nível de desigualdade socioeconómica em saúde.

2.3 - Amostra

Até à data foram realizados quatro Inquéritos Nacionais de Saúde – 1987; 1995/96; 1998/99; 2005/06. Da base de dados de cada um dos inquéritos foram selecionados todos os indivíduos com 35 (trinta e cinco) ou mais anos, sendo descartados os restantes.

Esta seleção foi efetuada atendendo ao objetivo do estudo e tendo por base dois critérios:

- Sendo que se pretende analisar a influência do nível socioeconómico na saúde, nomeadamente na prevalência de doenças crónicas, é difícil que exista prevalência relevante numa população demasiadamente jovem.
- A maioria da população acima dos trinta e cinco anos já possui independência financeira, constituiu família e terminou, pelo menos a título inicial, os seus estudos académicos. Desta forma, existe menor risco de casualidade inversa, principalmente entre educação e saúde, assumindo-se que a partir desta faixa etária os indivíduos são “motores” plenos do seu desenvolvimento, não dependentes de outrem.

Deste modo, após a seleção dos casos obtiveram-se as seguintes amostragens:

- INS 1987: 12126 casos
- INS 1995/96: 15795 casos
- INS 1998/99: 11726 casos
- INS 2005/06: 11318 casos

2.4 - Variáveis

Para atender aos objetivos da investigação foram selecionadas variáveis com base nas perguntas dos INS, que permitissem estudar a relação entre o estatuto socioeconómico e o estado de saúde da população, em cada e entre INS.

Visto que existem variações nas questões formuladas em cada INS, foi necessário selecionar variáveis que estivessem incluídas em pelo menos dois INS, de forma a permitir comparabilidade ao longo do tempo.

2.4.1. - Variáveis Estado de Saúde

Trata-se de variáveis que fornecem informação sobre a saúde dos indivíduos. São num total cinco:

Quatro referem-se à presença de doença crónica (variáveis binárias 1/0) – Hipertensão, Diabetes, Asma e Bronquite. Foram escolhidas dentro do leque das doenças exploradas nos INS por serem as mais presentes ao longo dos inquéritos (Hipertensão e Diabetes em todos, Asma e Bronquite desde 1995).

A quinta refere-se ao estado de saúde percecionado pelos indivíduos. Este tipo de questões está presente na maior parte dos inquéritos nacionais e transnacionais de saúde existentes e, apesar do seu cariz subjetivo, foi evidenciado o seu poder preditivo sobre futuros problemas de saúde e sobre o estado de saúde futuro. [28] O auto-reporte do estado de saúde surge a partir do INS 95 e é composto em cinco níveis (1 – Muito Mau, 2- Mau, 3- Razoável, 4 – Bom, 5 -Muito Bom), contudo, para esta investigação será recodificada em três categorias/variáveis independentes: Má Saúde (nível 1 e 2) Saúde Razoável (3) e Boa Saúde (4 e 5). Este agrupamento justifica-se pela necessidade de obter grupos com maior dimensão e maior diferença quanto à sua perceção (p.ex: bom e muito bom não apresentam grandes diferenças entre si, daí o agrupamento)

2.4.2 - Variáveis Estado Socioeconómico

Nesta investigação o nível socioeconómico dos indivíduos será definido pelas habilitações literárias (nível de ensino) e pelo rendimento familiar (escala modificada da OCDE) dos inquiridos.

Nível de Ensino

Esta variável estratifica os indivíduos segundo o nível de habilitações académicas que cada um possui. A principal preocupação na construção desta variável foi a sua credibilidade e comparabilidade entre inquéritos, uma vez que os quatro INS não adotam a mesma terminologia de inquérito.

Para isso, a estratégia adotada foi a de utilizar uma escala internacional credenciada e posteriormente estratificar a população em três categorias. A escala utilizada foi a *International Standard Classification of Education* da UNESCO [40], na sua versão de 1997. Esta escala já possui uma versão mais recente – 2011, contudo será utilizada a versão anterior pela maior aproximação das escalas utilizadas no INS.

A ISCED de 1997 (UNESCO) define-se segundo seis níveis:

- Nível 0 – Educação Pré-Primária
- Nível 1 – Educação Primária /1º Estádio da Educação Básica
- Nível 2 – Educação Secundária inferior/ 2º estádio da Educação Básica
- Nível 3 – Ensino Secundário
- Nível 4 – Ensino Pós Secundário não superior
- Nível 5 – Ensino Superior – Bacharelato, Licenciatura, Mestrado
- Nível 6 – Formação Superior Avançada – Doutoramento

Após esta reconversão, procedeu-se então a divisão das amostras segundo três categorias de nível de ensino:

- Nível Ensino Básico - inclui os níveis do ISCED 0; 1 e 2
- Nível Ensino Secundário - inclui os níveis do ISCED 3 e 4
- Nível Ensino Superior - inclui os níveis do ISCED 5 e 6

Esta estratificação procura obter grupos com maior dimensão, aumentando o poder estatístico, e conferindo uma comparação mais simples e fácil entre três grupos (alto, médio, baixo) ao longo do tempo.

Rendimento

Nesta investigação o rendimento será calculado segundo a escala de equivalência modificada da OCDE (EEM-OCDE), que contempla o número de adultos e crianças na família, atribuindo-lhes uma ponderação, produzindo um valor de rendimento familiar ajustado à dimensão do agregado.

A fórmula de cálculo da EEM-OCDE é:

$$\text{Rendimento EEM-OCDE} = \text{Rendimento} / (1 + 0,5X + 0,3Y)$$

Onde:

- o primeiro adulto tem a ponderação 1;
- X = número de adultos restantes;
- Y = cada criança com menos de 14 anos

Após a recodificação da variável, procede-se à estratificação da população em três tercís de rendimento. À semelhança do nível de ensino, esta estratificação procura obter três grupos com uma dimensão significativa e de fácil comparação (alto, médio, baixo).

2.4.3 Outras Variáveis Utilizadas

Selecionou-se um conjunto de outras variáveis que fornecem informação sociodemográfica e sobre características específicas da população com importância para a investigação, por serem passíveis de ter influência direta no estado de saúde dos indivíduos.

O seu propósito é a inclusão na análise estatística de forma a evitar viés de confundimento nos resultados, que pudesse colocar em causa a significância dos mesmos.

Variáveis Demográficas – Sexo e idade

Sexo e idade são fatores determinantes da saúde pois referem-se a características particulares dos indivíduos que lhe conferem riscos para a saúde particulares. Desta forma, são usualmente utilizados para ajustar os resultados a estas características particulares dos indivíduos.

Fumador (var. categórica)

Codificada com base na questão se o inquirido tinha fumado nas últimas duas semanas (apesar do curto período de tempo contemplado para a abstinência, era a única pergunta na área feita de igual maneira em todos os INS). Tendo em conta o fator de risco para a saúde que representa o tabaco e sendo ainda a aquisição deste bem material associada alguns setores da sociedade específicos o que leva a que o

seu consumo não seja homogéneo na sociedade, a sua inclusão tem como objetivo evitar viés de confundimento.

Obesidade (var. categórica)

Para a sua codificação foi necessário o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), determinando-se um valor superior a 30 para a obesidade. Por ser necessário o peso e altura dos indivíduos para este cálculo, a variável só foi criada desde o INS95, visto que em 87 não levantaram esses dados.

A obesidade representa o fator de risco para a saúde associado ao aumento da probabilidade de variadas doenças, entre as quais as quatro doenças definidas na investigação. Sendo que, segundo a literatura, a obesidade não obedece a uma distribuição homogénea na população, esta variável é selecionada, à semelhança da anterior, para evitar viés na análise estatística.

Seguro de Saúde (var. categórica)

A capacidade de obter um seguro de saúde consiste, em grande parte, da capacidade de o obter e pagar, ou no direito a ser beneficiário no caso dos subsistemas de saúde, sendo influenciado de certa forma pelo estado socioeconómico da pessoa. A inclusão desta variável pretende verificar a relação entre a posse deste bem e o estado de saúde dos indivíduos, bem como a sua inclusão em modelos de regressão logística multivariada.

A Tabela 1 resume todas as variáveis codificadas para o estudo:

Tabela 1 – Variáveis codificadas para a investigação

Nome	Descrição	Tipo	Questão do INS	Categorias
Hipertensão	Inquirido reporta situação de doença crónica - Hipertensão / Tensão Alta	Categórica nominal	I - Tensão Alta (Q47) II- Tensão Alta (Q 5.20) III- Tensão Alta (5.17) IV- Tensão Alta (Q5.18)	0 – Não 1 – Sim
Diabetes	Inquirido reporta situação de doença crónica - Diabetes/Açúcar no Sangue	Categórica nominal	I – Diabetes (Q50) II- Diabetes (Q 5.3) III- Diabetes (Q 5.3) IV- Diabetes (Q 5.3)	0 – Não 1 – Sim
Bronquite	Inquirido reporta situação de doença crónica - Bronquite	Categórica nominal	II – Bronquite. (Q 5.8) III – Bronquite (Q 5.8) IV – Bronquite. (q5.26.10)	0 – Não 1 – Sim
Asma	Inquirido reporta doença crónica - Asma	Categórica nominal	II – Asma. (Q 5.10) III – Asma (Q 5.7)	0 – Não 1 – Sim

Nome	Descrição	Tipo	Questão do INS	Categorias
			IV – Asma. (Q 5.12)	
Saúde Autoreportada	Avaliação autopercecionada pelo inquirido do seu estado de saúde como débil	Categórica Ordinal	II – Estado de Saúde (Q 2.1) III – Estado de Saúde (Q 2.1) IV – Estado de Saúde (Q2.1)	1 - Má Saúde 2-Saúde Razoável 3-Boa Saúde
Má Saúde	Indivíduo perceciona Mau Estado de Saúde	Categórica Nominal		0 – Não 1 - Sim
Nível de Ensino	Nível de escolaridade dos inquiridos, dividido em três grupos, segundo a escala de seis níveis do ISCED 1997	Categórica Ordinal	I – Grau de Ensino (Q 40) II – Estudos (Q 1.3) III - Estudos (Q 1.3) IV – Nível de Ensino (Q 1.6)	0- Básico 1- Secundário 2- Superior
Tercil de Rendimento	Estratificação da população em três partes, com base no seu rendimento familiar (escala modificada da	Categórica ordinal	III – Rendimento (Q8.24) IV – Rendimento (Q10.7)	0 –1º Tercil 1 - 2º Tercil 2- 3º Tercil
Sexo	Sexo do inquirido	Categórica nominal	I- Sexo (Q.30) II- Sexo (Q1.0) III- Sexo (Q1.0) IV- Sexo (Q1.0)	0 – Feminino 1-Masculino
Idade	Idade do inquirido	Categórica nominal	I- Idade (q34) II- Idade (p.1.1) III- Idade (p.1.1.) IV- Idade (p.1.3)	Anos
Índice de Massa Corporal	Índice de Massa Corporal, dado pela fórmula $IMC = \text{peso (Kg)} / (\text{altura} \times \text{altura}) \text{ (m)}$	Numérica	II- Peso; Altura III- Peso; Altura IV- Peso; Altura	
Obesidade	Inquirido apresenta $IMC > 30,0$	Categórica nominal		0 – Não 1 – Sim
Fumador	Inquirido refere consumo de tabaco nas últimas duas semanas	Categórica nominal	I – Fumou? (Q243) II – Fumou? (Q8.1) III – Fumou? (Q9.1) IV – Fumou? (11.1)	0 – Não 1 – Sim
Seguro/Subsistema	Inquirido refere ser beneficiário de subsistema de saúde ou de seguro	Categórica nominal	II – Subsistema (Q2.5) Seguro (Q2.6) III – Subsistema (Q2.4) Seguro (Q2.6) IV – Subsistema (Q2.4) Seguro (Q2.6)	0 – Não 1 – Sim

Nota : I a IV referem-se ao número do Inquérito Nacional de Saúde a que se refere a pergunta (I a IV)

2.5 - Desenho do Estudo

Partindo de cada base de dados correspondente a cada um dos quatro INS, selecionaram-se amostras compostas por todos os indivíduos com idade igual ou superior a 35 (trinta e cinco) anos de idade.

Estudou-se individualmente cada amostra. Os indivíduos foram estratificados segundo nível de ensino e rendimento em três categorias para cada variável. Foram

selecionadas cinco variáveis respeitantes ao estado de saúde, quatro referentes a doenças crónicas e uma referente ao estado de saúde autoreportado.

Analizou-se a associação entre nível de ensino e cada uma das variáveis estado de saúde, por intermédio de uma tabela de cruzamento de variáveis (*Crosstabs*), testando-se essa associação uni-variada pelo teste do Qui-quadrado. Efetuou-se a mesma análise utilizando o rendimento invés do nível de ensino.

Seguidamente verificou-se qual o risco de doença ou “má saúde” dos indivíduos em função do seu nível de ensino ou de rendimento. Para isso recorreu-se ao modelo de regressão logística multivariada, permitindo ajustar valores e evitar viés de confundimento nos resultados obtidos.

Efetuaram-se regressões logísticas, tendo como variável dependente cada variável estado de saúde, estudando a influência do nível de ensino e rendimento separadamente. Ajustaram-se estas regressões, adicionando um conjunto de variáveis independentes (idade, ser fumador, ser obeso, ter um seguro de saúde) selecionadas da informação colhidas nos INS. Na análise do INS 87 recolhe um conjunto menor de variáveis de ajustamento (idade, fumador) por as restantes não se incluírem no guião desse inquérito.

Analisaram-se os valores de *Odds Ratio* (OR) obtidos, com um intervalo de confiança de 95%, para verificar as diferenças entre categorias de ensino e rendimento. De referir que foram efetuadas análises separadas para sexo masculino e feminino.

Após o estudo separado de cada INS, procedeu-se a uma comparação de resultados obtidos entre inquéritos. Analisou-se os OR obtidos entre inquéritos, pretendendo analisar-se se as diferenças entre extremos aumentam ou diminuem ao longo do tempo.

3. ANÁLISE DE RESULTADOS

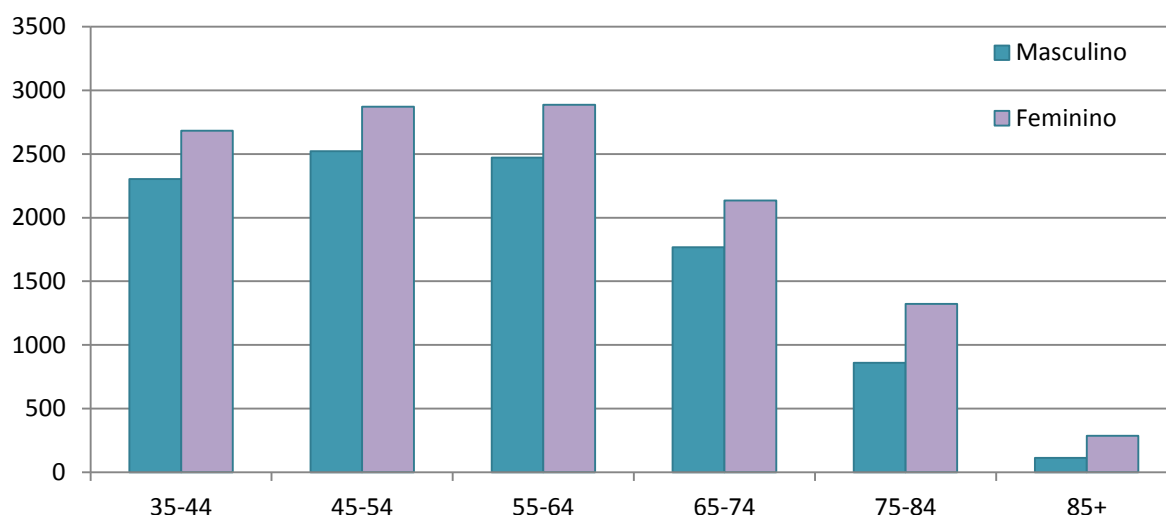
3.1 INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE 1987

3.1.1 – Caracterização da amostra

A partir do INS 87 seleccionou-se uma amostra composta por todos os indivíduos com 35 ou mais anos ($n= 22222$), sendo que 45,17% ($n= 10038$) eram do sexo masculino e 54,83% ($n= 12184$) do sexo feminino.

A média de idades da amostra é de 56,72 anos. Gráfico 1 apresenta a distribuição da amostra por sexo e escalões etários.

Gráfico 1: INS 1987 - Amostra dividida por escalões etários e sexo



Quanto às habilitações académicas, verifica-se que a maioria dos indivíduos da amostra enquadra-se na categoria nível de ensino básico, sendo transversal aos escalões etários.

Tabela 2: INS 1987 – Casos por nível de ensino e escalão etário

Sexo	Idade	Nível Básico		Nível Secundário		Nível Superior	
		n	%	n	%	n	%
Masculino	35-44	1817	79,2%	378	16,5%	98	4,3%
	45-54	2208	87,9%	232	9,2%	73	2,9%
	55-64	2255	91,6%	158	6,4%	49	2,0%

Sexo	Idade	Nível Básico		Nível Secundário		Nível Superior	
Feminino	65-74	1635	92,7%	90	5,1%	38	2,2%
	75-84	821	95,7%	25	2,9%	12	1,4%
	85 e +	107	95,5%	4	3,6%	1	0,9%
	35-44	2205	82,6%	377	14,1%	89	3,3%
	45-54	2629	92,0%	200	7,0%	30	1,0%
	55-64	2736	95,2%	113	3,9%	25	0,9%
	65-74	2045	96,1%	70	3,3%	12	0,6%
	75-84	1284	98,1%	21	1,6%	4	0,3%
	85 e +	279	97,6%	4	1,4%	3	1,0%

Verifica-se que a proporção de indivíduos com o nível de ensino básico vai aumentando progressivamente, conforme sobe o escalão etário.

3.1.2 – Caracterização das variáveis estado de saúde

Analísaram-se as únicas duas variáveis estado de saúde selecionadas presentes neste inquérito.

Tabela 3: INS 1987 – Casos de Hipertensão e Diabetes na amostra

Variável	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Hipertensão	2431	24,3	4197	34,6
Diabetes	709	7,1	1063	8,8

A hipertensão é a doença mais prevalente. Observa-se que ambas as doenças surgem em maior proporção no sexo feminino.

3.1.3. - Relação entre Nível de Ensino e Estado de Saúde

Inicia-se o estudo da associação entre educação e saúde pela interpretação dos valores do teste do qui-quadrado obtidos por meio de tabela de cruzamento de variáveis.

Tabela 4: INS 1987 – Cruzamento Variáveis Nível de Ensino X Estado de Saúde e Teste de Qui-quadrado

Sexo	Variável	Nível Básico	Nível Secundário	Nível Superior	X ²	p-value
Masculino	Hipertensão	2233 (25,3%)	160 (18,0%)	38 (14,0%)	38,813	0,005
	Diabetes	677 (7,7%)	26 (2,9%)	6 (2,2%)	37,370	0,005
Feminino	Hipertensão	4061 (36,3%)	114 (14,5%)	22 (13,5%)	186,683	0,005
	Diabetes	1047 (9,4%)	14 (1,8%)	2 (1,2%)	64,480	0,005

O teste de Qui-quadrado (χ^2) demonstra associação entre nível de ensino e a hipertensão e diabetes (valor de p 0,005).

Verifica-se que o grupo com nível de ensino básico apresenta maior proporção relativa de casos de doença, enquanto o nível de ensino superior apresenta sempre a menor.

Análise de Regressão Logística

Continua-se o estudo verificando o risco de ter um evento adverso de saúde para os níveis de ensino através de regressão logística multivariada.

A tabela seguinte apresenta os *Odds Ratio* (OR) obtidos, separados os indivíduos por sexo. Para cada variável estado de saúde (dependente) efetuaram-se duas regressões: uma contemplando apenas as variáveis nível de ensino e outra ajustando para um conjunto mais alargado de variáveis independentes definida. As regressões completas para todos os INS poderão ser consultadas em anexo (ANEXO I).

Tabela 5: INS 1987 – Risco de Hipertensão, Diabetes – OR (IC 95%) obtidos por Regressão Logística Multivariada – Nível de Ensino. Valores ajustados para as variáveis Idade e Fumador.

Sexo	Nível de Ensino	Hipertensão	Diabetes
Masculino	Secundário	0,906 (0,753-1,089)	0,449 (0,301-0,671)
	Superior	0,602 (0,422-0,859)	0,319 (0,141-0,721)
Feminino	Secundário	0,456 (0,369-0,563)	0,219 (0,128-0,376)
	Superior	0,449 (0,281-0,717)	0,155 (0,038-0,628)

Nota: Valores significativos apresentados em **bold**

Interpreta-se os OR relativos às categorias de nível de ensino, para cada variável estado de saúde:

Hipertensão: Obtiveram-se OR significativos inferiores a um para o nível de ensino secundário no sexo masculino e para o ensino superior, em ambos os sexos, pelo que se interpreta que as mulheres com nível de ensino secundário e todos os indivíduos com ensino superior apresentam menor risco de hipertensão que aqueles com ensino básico (variável de referência na regressão).

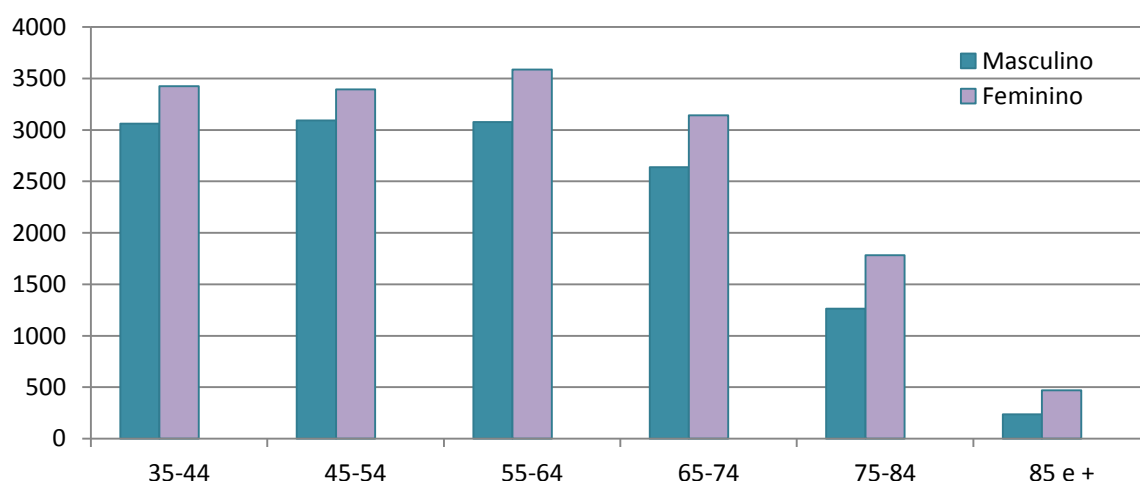
Diabetes: Os OR significativos são todos menores que a unidade, interpretando-se que os indivíduos com ensino secundário e superior apresentam menor risco de diabetes que os de nível de ensino básico.

3.2 INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE 1995

3.2.1 - Caracterização da Amostra

Foram selecionados um total de 29166 casos, composto por 45,8% (n=13367) de homens e 54,2% (n= 15799) e elementos do sexo feminino. A média de idades da amostra situa-se nos 57,4 anos.

Gráfico 2 – INS 1995 - Amostra dividida por escalões etários e sexo



Analisando a distribuição dos casos segundo as habilitações académicas, por nível de ensino, verifica-se que a maioria dos indivíduos possui apenas o ensino básico, sendo essa predominância transversal a escalões etários e sexo.

Tabela 6: INS 1995 – Casos por nível de ensino e escalão etário

Sexo	Idade	Nível Básico		Nível Secundário		Nível Superior	
		n	%	n	%	n	%
Masculino	35-44	2525	82,5%	296	9,7%	238	7,8%
	45-54	2753	89,1%	144	4,7%	194	6,3%
	55-64	2895	94,1%	78	2,5%	104	3,4%
	65-74	2537	96,2%	38	1,4%	62	2,4%
	75-84	1212	96,2%	18	1,4%	30	2,4%
	85 e +	226	96,2%	1	0,4%	8	3,4%
Feminino	35-44	2816	82,3%	273	8,0%	334	9,8%
	45-54	3102	91,5%	90	2,7%	199	5,9%

Sexo	Idade	Nível Básico		Nível Secundário		Nível Superior	
	55-64	3450	96,2%	49	1,4%	89	2,5%
	65-74	3063	97,5%	33	1,1%	45	1,4%
	75-84	1757	98,6%	9	0,5%	16	0,9%
	85 e +	460	97,9%	4	0,9%	6	1,3%

Observa-se que a proporção de indivíduos com ensino básico cresce ao longo da idade, sem alterações significativas em função do sexo.

3.2.2. - Caracterização das variáveis estado de saúde

Para o estudo desta amostra selecionaram-se cinco variáveis relativas ao estado de saúde dos indivíduos inquiridos no INS 95/96: Hipertensão; Diabetes; Asma; Bronquite e Estado de Saúde Autoreportado.

Tabela 7: INS 1995 – Variáveis Estado de Saúde Analisadas

Variável	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Hipertensão	2663	19,9	4639	29,4
Diabetes	985	7,4	1257	8,0
Bronquite	981	7,3	1035	6,6
Asma	370	2,8	543	3,4
Má Saúde	2090	27,9	1904	16,8
Saúde Razoável	3322	44,3	4854	42,7
Boa Saúde	2083	27,8	4597	40,5

A hipertensão é a doença com maior prevalência. Relativamente às diferenças entre sexos, observa-se que as mulheres apresentam maior proporção de casos de hipertensão, diabetes e bronquite, enquanto os homens têm maior prevalência de casos de asma.

Quanto ao estado de saúde Autoreportado, a maioria dos indivíduos autoavalia o seu estado de saúde como “razoável”, sendo que as mulheres apresentam uma percentagem muito semelhante da avaliação “Boa Saúde”, enquanto os homens apresentam valores mais modestos nos extremos da avaliação.

3.2.3. - Relação entre nível de ensino e estado de saúde

Valida-se a existência de associação entre variável nível de ensino e variáveis estado de saúde, através de uma tabela bivariável de cruzamento e do teste do Qui-Quadrado.

Tabela 8: INS 1995 – Cruzamento Variáveis Nível de Ensino X Estado de Saúde e Teste de Qui-quadrado

Sexo	Variável	Nível Básico	Nível Secundário	Nível Superior	X ²	p-value
Masculino	Hipertensão	2517 (20,7%)	76 (13,2%)	70 (12,6%)	52,709	0,005
	Diabetes	949 (7,8%)	19 (3,3%)	17 (2,7%)	37,936	0,005
	Bronquite	940 (7,7%)	23 (4,0%)	18 (2,8%)	31,265	0,005
	Asma	341 (2,8%)	13 (2,3%)	16 (2,5%)	0,768	0,005
	Má Saúde	2048 (30,1%)	21 (6,8%)	14 (3,7%)		
	S. Razoável	3075 (45,1%)	120 (39,1%)	127 (33,9%)	410,233	0,005
	Boa Saúde	1690 (24,8%)	166 (54,1%)	234 (62,4%)		
Feminino	Hipertensão	4510 (30,8%)	36 (7,9%)	93 (13,5%)	200,049	0,005
	Diabetes	1232 (8,4%)	9 (2,0%)	16 (2,3%)	56,431	0,005
	Bronquite	1015 (6,9%)	6 (1,3%)	14 (2,0%)	46,946	0,005
	Asma	518 (3,5%)	8 (1,7%)	17 (2,5%)	6,329	0,005
	Má Saúde	4522 (42,7%)	28 (9,4%)	47 (9,9%)		
	S. Razoável	4551 (43,0%)	122 (41,1%)	181 (3,7%)	770,207	0,005
	Boa Saúde	1512 (14,3%)	147 (49,5%)	245 (51,8%)		

Os valores de Qui-quadrado demonstram a associação existente entre o nível de ensino e as variáveis hipertensão, diabetes, bronquite e saúde autoreportada (valor de $p = 0,005$). A variável asma apresenta valores de X^2 não-significativos.

O grupo de ensino básico apresenta maior percentagem de casos em todas as doenças analisadas.

Quanto ao estado de saúde autoreportado, os indivíduos com ensino básico reportam maiores índices de “Má Saúde”, enquanto os indivíduos com nível de ensino superior reportam “Boa Saúde” em maior proporção que os restantes.

Análise de Regressão Logística

Interpreta-se os OR obtidos pelas regressões logísticas multivariadas.

Tabela 9: INS 1995 – Risco de Hipertensão, Diabetes, Bronquite, Asma e “Má Saúde” – OR (IC 95%) obtidos por Regressão Logística Multivariada – Nível de Ensino. Valores ajustados para: Idade, Fumador, Obesidade e Seguro de Saúde

Sexo	Nível de Ensino	Hipertensão	Diabetes	Bronquite	Asma	Má Saúde
MASCULINO	Secundário	0,937 (0,726-1,210)	0,628 (0,392-1,005)	0,887 (0,575-1,367)	1,202 (0,679-2,127)	0,343 (0,220-0,537)
	Superior	0,664 (0,510-0,864)	0,458 (0,279-0,753)	0,525 (0,323-0,852)	1,265 (0,750-2,133)	0,174 (0,101-0,298)
FEMININO	Secundário	0,354 (0,249-0,503)	0,409 (0,210-0,800)	0,294 (0,130-0,665)	0,584 (0,286-1,194)	0,269 (0,182-0,397)
	Superior	0,656 (0,518-0,830)	0,502 (0,301-0,836)	0,464 (0,268-0,801)	0,841 (0,503-1,407)	0,308 (0,227-0,419)

Nota: Valores significativos apresentados em **bold**

Analizamos os OR para os níveis de ensino, individualmente, por cada variável estado de saúde.

Hipertensão: No sexo masculino observam-se OR significativos e inferiores a 1 para o nível de ensino superior, interpretando-se que esta categoria apresenta menor risco de Hipertensão que o nível de ensino básico. No sexo feminino obtêm-se valores significativos e também inferiores a 1 tanto para o nível secundário como para o superior, sendo que nas mulheres ambas as categorias apresentam menor risco de doença que os indivíduos com ensino básico.

Diabetes: Verificam-se OR significativos e inferiores a 1 para o ensino secundário no sexo feminino e para o ensino superior em ambos os sexos, interpretando-se que nesses casos os indivíduos das categorias em causa apresentam menor risco de diabetes quando comparados aos que apenas possuem o ensino básico.

Bronquite: Observam-se OR significativos e inferiores à unidade para o ensino secundário no sexo feminino e para ensino superior, em ambos os sexos. Estes OR demonstram que os

homens com ensino superior e as mulheres com ensino secundário e superior apresentam menor risco de Bronquite que, respetivamente, os homens e mulheres com ensino básico.

Asma: Não se obtiveram valores estatisticamente significativos, pelo que não é possível retirar-se interpretação dos dados.

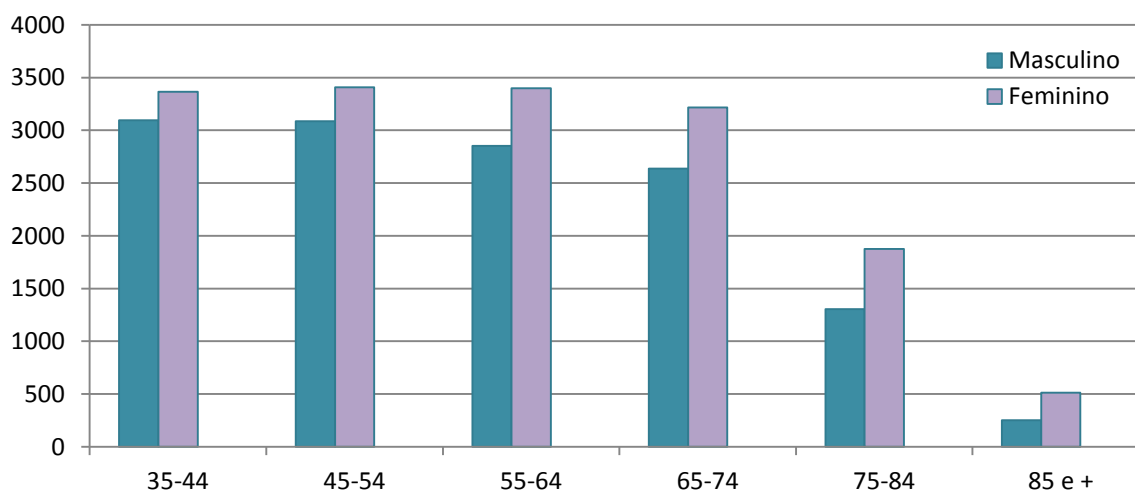
Má Saúde: Os OR são todos menores que a unidade e significativos, tanto para o nível de ensino secundário como superior. Sendo assim, estes indivíduos apresentam menor risco de reportar “Má Saúde” que os que possuem apenas o ensino básico.

3.3 INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE 1998/99

3.3.1 – Caracterização da Amostra

A amostra apresenta um conjunto de 29006 casos, constituído por todos os indivíduos com idade igual ou superior a 35 anos que responderam ao inquérito. 45,6% (13227) da amostra é constituída por homens e 54,4% (n=15779) por elementos do sexo feminino. A média de idades da amostra estudada é de 57,66 anos.

Gráfico 3: INS 1998/99 - Amostra dividida por escalões etários e sexo



Quanto ao nível de ensino dos indivíduos, a amostra apresenta uma predominância de casos na categoria nível de ensino básico, que é transversal a todos os escalões etários.

Tabela 10: INS 1998/99 – Casos por nível de ensino e escalão etário

Sexo	Idade	Nível Básico		Nível Secundário		Nível Superior	
		n	%	n	%	n	%
Masculino	35-44	2506	80,9%	346	11,2%	244	7,9%
	45-54	2675	86,7%	197	6,4%	214	6,9%
	55-64	2677	93,9%	69	2,4%	106	3,7%
	65-74	2497	94,7%	58	2,2%	81	3,1%
	75-84	1246	95,5%	23	1,8%	36	2,8%
	85 e +	242	96,0%	0	0,0%	10	4,0%
Feminino	35-44	2671	79,3%	341	10,1%	355	10,5%
	45-54	3013	88,4%	126	3,7%	268	7,9%

Sexo	Idade	Nível Básico		Nível Secundário		Nível Superior	
	55-64	3220	94,8%	57	1,7%	121	3,6%
	65-74	3134	97,4%	32	1,0%	52	1,6%
	75-84	1837	97,9%	11	0,6%	28	1,5%
	85 e +	506	98,6%	3	0,6%	4	0,8%

Quanto ao rendimento, a amostra apresenta um rendimento médio de 46699,5 escudos, sendo o valor mais baixo de 3265,31 escudos e o mais elevado de 416666,7 escudos. Estratificando a amostra em tercís, obtém-se a distribuição de casos representada na tabela seguinte.

Tabela 11: INS 1998/99 – Casos por tercíl de rendimento e escalão etário

Sexo	Idade	Rend. Baixo (1º Tercil)		Rend. Médio (2º Tercil)		Rend. Alto (3º Tercil)	
		n	%	n	%	n	%
Masculino	35-44	834	28,9%	797	27,6%	1254	43,5%
	45-54	804	28,5%	702	24,9%	1318	46,7%
	55-64	824	31,1%	880	33,3%	942	35,6%
	65-74	993	39,1%	989	39,0%	555	21,9%
	75-84	624	49,0%	467	36,7%	182	14,3%
	85 e +	113	46,9%	90	37,3%	38	15,8%
Feminino	35-44	959	30,7%	799	25,6%	1366	43,7%
	45-54	883	28,2%	840	26,8%	1411	45,0%
	55-64	1151	35,9%	1098	34,2%	959	29,9%
	65-74	1375	44,0%	1195	38,2%	558	17,8%
	75-84	994	54,5%	585	32,1%	244	13,4%
	85 e +	265	54,1%	131	26,7%	94	19,2%

3.3.2 - Caracterização das variáveis estado de saúde

Para o estudo desta amostra utilizaram-se cinco variáveis estado de saúde: Hipertensão, Diabetes, Bronquite, Asma e o Estado de Saúde Autoreportado.

Tabela 12: INS 1998/99 – Variáveis Estado de Saúde Analisadas

Variável	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Hipertensão	2933	(22,2%)	5047	(32,1%)
Diabetes	1053	(8,0%)	1465	(9,3%)
Bronquite	852	(6,4%)	1159	(7,4%)
Asma	579	(4,4%)	622	(3,9%)
Má Saúde	1711	(24,2%)	4202	(35,8%)
Saúde Razoável	3228	(45,6%)	5372	(45,8%)
Boa Saúde	2144	(30,3%)	2152	(18,4%)

Verifica-se que a hipertensão é a doença mais prevalente, seguida da diabetes, asma e bronquite. As mulheres apresentam maior proporção de casos de doença para hipertensão, diabetes e asma, enquanto os homens maior percentagem para a bronquite.

Relativamente ao estado de saúde autoreportado, perto de metade dos indivíduos autoavalia o seu estado de saúde como “razoável”. O sexo masculino apresenta uma avaliação mais positiva do estado de saúde, com cerca de 30% dos indivíduos a considerarem a sua saúde no nível bom, enquanto as mulheres apresentam apenas pouco mais de 18% dos casos nesse nível.

3.3.3. - Relação entre nível de ensino e estado de saúde

Inicia-se esta análise pelo cruzamento das variáveis estado de saúde e nível de ensino e pela verificação de associação entre elas com recurso ao teste do qui-quadrado.

Tabela 13: INS 1998/99 – Cruzamento Variáveis Nível de Ensino X Estado de Saúde e Teste de Qui-quadrado

Sexo	Variável	Nível Básico	Nível Secundário	Nível Superior	X ²	p-value
Masculino	Hipertensão	2717(23,0%)	112 (16,2%)	104 (15,1%)	39,585	0,005
	Diabetes	998 (8,4%)	31 (4,5%)	24 (3,5%)	34,168	0,005
	Bronquite	545 (4,6%)	16 (2,3%)	18 (2,6%)	13,746	0,005
	Asma	800 (6,8%)	24 (3,5%)	28 (4,1%)	18,745	0,005
	Má Saúde	1677 (26,8%)	18 (4,7%)	16 (3,6%)	449,941	

	S. Razoável	2930 (46,8%)	149 (39,1%)	149 (33,4%)		0,005
	Boa Saúde	1649 (26,4%)	214 (56,2%)	281 (63,0%)		
Feminino	Hipertensão	4862 (33,9%)	79 (13,9%)	106 (12,8%)	249,748	0,005
	Diabetes	1442 (10,0%)	11 (1,9%)	12 (1,4%)	106,595	0,005
	Bronquite	589 (4,1%)	10 (1,8%)	23 (2,8%)	11,098	0,005
	Asma	1110 (7,7%)	22 (3,9%)	27 (2,3%)	33,536	0,005
	Má Saúde	4130 (38,6%)	27 (6,6%)	45 (7,4%)		
	S. Razoável	4966 (46,4%)	173 (42,4%)	233 (38,4%)	986,215	0,005
	Boa Saúde	1616 (15,1%)	208 (51%)	328 (54,1%)		

Os testes de Qui-quadrado (X^2), para um valor de p de 0,005, demonstram a associação entre o nível de ensino e cada uma das variáveis estado de saúde analisadas, para ambos os sexos.

Verifica-se que, para todas as doenças estudadas, o grupo de nível de ensino básico apresenta maior proporção de casos, sem diferenças significativas entre sexos quanto a esta predominância.

Relativamente ao estado de saúde autoreportado, verifica-se que o nível “Má Saúde” apresenta maior proporção relativa de casos no nível de ensino básico, para ambos os sexos, enquanto o nível “Boa Saúde” apresenta, por oposto, maior percentagem entre os indivíduos com nível de ensino superior.

Análise de Regressão Logística

Estuda-se agora o risco de evento adverso de saúde para os indivíduos de diferentes níveis de ensino através da interpretação dos OR da regressão logística multivariada.

Tabela 14: INS 1998/9 - Risco de Hipertensão, Diabetes, Bronquite, Asma e “Má Saúde” – OR (IC 95%) obtidos por Regressão Logística Multivariada – Nível de Ensino. Valores Ajustados para Idade, Fumador, Obesidade e Seguro de Saúde

Sexo	Nível de Ensino	Hipertensão	Diabetes	Bronquite	Asma	Má Saúde
MASCULINO	Secundário	1,021 (0,821-1,269)	0,753 (0,517-1,097)	0,919 (0,548-1,542)	0,834 (0,546-1,274)	0,318 (0,197-0,514)
	Superior	0,780	0,479	0,841	0,880	0,238

		(0,621-1,980)	(0,313-0,733)	(0,511- 1,385)	(0,588-1,316)	(0,143-0,396)
FEMININO	Secundário	0,651	0,376	0,784	0,787	0,279
		(0,506-0,838)	(0,204-0,692)	(0,408-1,504)	(0,504-1,228)	(0,187-0,414)
	Superior	0,522	0,263	1,209	0,696	0,342
		(0,415-0,657)	(0,145-0,477)	(0,748-1,953)	(0,456-1,061)	(0,248-0,471)

Nota: Valores significativos apresentados em **bold**

Interpretam-se os valores na tabela para os diferentes níveis de ensino.

Hipertensão: Observam-se OR significativos e menores que um para o nível de ensino superior, no caso masculino, e para ambos os níveis de ensino no sexo feminino. Interpretando estes valores, verifica-se que os homens com ensino superior apresentam menor risco de hipertensão que aqueles com ensino básico, sendo que no caso das mulheres o mesmo se estende ao ensino secundário.

Diabetes: No sexo masculino obtiveram-se OR significativos para o ensino superior, sendo que para o sexo feminino os OR são significativos tanto para ensino secundário como para superior. Os valores significativos são todos menores que a unidade. Os homens com ensino superior e as mulheres com ensino secundário e superior apresentam menor risco de Diabetes que os homens e mulheres com ensino básico, respetivamente.

Bronquite: Não se obtiveram OR estatisticamente significativos.

Asma: Tal como na bronquite os OR não foram significativos

Má Saúde: Obtiveram-se valores de OR significativos sempre menores que a. Por estes valores interpreta-se que os indivíduos com nível de ensino secundário e superior, tanto homens como mulheres, apresentam menor risco de autoavaliarem o seu estado de saúde como mau que os indivíduos com nível de ensino básico.

3.3.4. - Relação entre rendimento e estado de saúde

Analisa-se a relação entre o nível de rendimento dos indivíduos e seu estado de saúde, pela apreciação dos valores de qui-quadrado obtidos pela tabela bivariável de cruzamento.

Tabela 15: INS 1998/99 – Cruzamento Variáveis Rendimento X Estado de Saúde e Teste de Qui-quadrado

Sexo	Variável	1º Tercil	2º Tercil	3º Tercil	X ²	p-value
Masculino	Hipertensão	1035 (24,8%)	923 (23,6%)	828 (19,3%)	39,789	0,005
	Diabetes	357 (8,5%)	362 (9,2%)	287 (6,7%)	19,035	0,005
	Bronquite	244 (5,8%)	181 (4,6%)	125 (2,9%)	42,816	0,005
	Asma	376 (9,0%)	276 (7,0%)	177 (4,1%)	81,067	0,005
	Má Saúde	840 (37,8%)	580 (27,1%)	241 (10,0%)		
	S. Razoável	969 (43,6%)	1032 (48,3%)	1076 (44,6%)	685,436	0,005
	Boa Saúde	413 (18,6%)	525 (24,6%)	1093 (45,4%)		
Feminino	Hipertensão	2066 (36,8%)	1653 (35,6%)	1128 (24,4%)	207,237	0,005
	Diabetes	624 (11,1%)	526 (11,3%)	258 (5,6%)	118,714	0,005
	Bronquite	292 (5,2%)	189 (4,1%)	124 (2,7%)	41,300	0,005
	Asma	535 (9,5%)	352 (7,6%)	244 (5,3%)	65,513	0,005
	Má Saúde	2123 (48,7%)	1312 (37,1%)	617 (19,0%)		
	S. Razoável	1779 (40,8%)	1687 (47,7%)	1616 (49,9%)	946,869	0,005
	Boa Saúde	459 (10,5%)	538 (15,2%)	1007 (31,1%)		

Os valores de Qui-quadrado ($p= 0,005$) demonstram que existe associação entre o rendimento e cada uma das variáveis estado de saúde analisadas.

O 1º Tercil de Rendimento apresenta maior prevalência de Hipertensão, Bronquite e Asma, enquanto o 2º tercial apresenta maior proporção de casos de Diabetes. O 3º tercil apresenta, em todos os casos, a menor prevalência de cada doença.

Relativamente ao Estado de Saúde Autoreportado, verifica-se que o 1 tercil apresenta maior proporção de casos de uma avaliação de “Má Saúde”, enquanto o 3º tercil apresenta maior proporção de casos de “Boa Saúde”.

Análise de Regressão Logística

Analisa-se as diferenças no estado de saúde da amostra com base no seu nível de rendimento, com recurso ao modelo de regressão logística.

Tabela 16: INS 1998/99 - Risco de Hipertensão, Diabetes, Bronquite, Asma e “Má Saúde” – OR (IC 95%) obtidos por Regressão Logística Multivariada – Variável Rendimento. Valores Ajustados para: Idade, Fumador, Obesidade e Seguro de Saúde

Sexo	Nível de Rendimento	Hipertensão	Diabetes	Bronquite	Asma	Má Saúde
Masculino	Médio (2º Tercil)	0,968 (0,874- 1,072)	1,135 (0,976-1,319)	0,824 (0,677-1,002)	0,864 (0,735-1,015)	0,786 (0,698-0,885)
	Alto (3º Tercil)	1,021 (0,913-1,143)	1,050 (0,883-1,249)	0,766 (0,603-0,972)	0,679 (0,557-0,828)	0,414 (0,352-0,487)
Feminino	Médio (2º Tercil)	1,061 (0,977-1,153)	1,130 (0,999-1,277)	0,876 (0,727-1,055)	0,877 (0,763-1,008)	0,742 (0,682-0,807)
	Alto (3º Tercil)	0,873 (0,793-0,961)	0,739 (0,628-0,868)	0,734 (0,581-0,927)	0,758 (0,641-0,898)	0,416 (0,373-0,464)

Nota: Valores significativos apresentados em **bold**

Interpreta-se os resultados relativos a cada variável estado de saúde, separadamente:

Hipertensão: Verifica-se OR significativo e menor que 1 apenas para o 3º tercil de rendimento no sexo feminino, indicando que as mulheres com rendimento familiar no tercil mais elevado apresentam menor risco de hipertensão que as mulheres do 1º tercil de rendimento.

Diabetes: Obteve-se OR significativo apenas para o 3º tercil de rendimento no sexo feminino, sendo o valor inferior à unidade. As mulheres com rendimento alto apresentam menor risco de diabetes que aquelas que se enquadram na categoria com menor rendimento.

Bronquite: Observam-se valores de OR significativos e menores que 1 para o 3º tercil de rendimento, em ambos os sexos. Verifica-se que os indivíduos com rendimentos mais elevados apresentam menor risco de Bronquite que os categorizados no 1º tercil de rendimentos.

Asma: Tal como para a Bronquite, obtiveram-se OR significativos e inferiores a 1 para o rendimento alto, sendo que esta categoria apresenta menor risco de Asma, comparada com o 1º tercil de rendimentos.

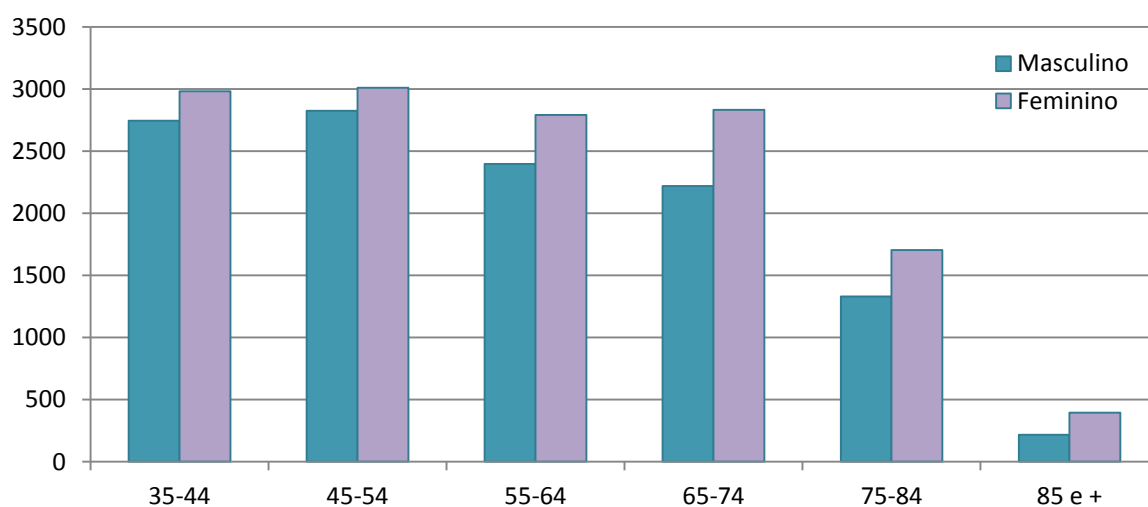
Má Saúde: Os OR são significativos e inferiores a 1. Os indivíduos com rendimentos no 2º e 3º tercil apresentam menor risco de considerarem o seu estado de saúde “mau” que aqueles que auferem menores rendimentos.

3.4 INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE 2005/06

3.4.1 – Caracterização da amostra

A amostra estudada continha um total de 25452 inquiridos, sendo constituída por 1733 (46,1%) elementos do sexo masculino e 13719 (53,9%) casos do sexo feminino. A média de idades da amostra seleccionada situa-se nos 57,64 anos.

Gráfico 4: INS 2005/06 - Amostra dividida por escalões etários e sexo



Relativamente às habilitações académicas dos indivíduos incluídos na amostra, verifica-se que a maioria dos indivíduos situa-se no nível de ensino básico, sendo esta predominância constante aos escalões etários e em ambos os sexos.

Tabela 17: INS 2005/06 – Casos por nível de ensino e escalão etário

Sexo	Idade	Nível Básico		Nível Secundário		Nível Superior	
		n	%	n	%	n	%
Masculino	35-44	2078	75,7%	410	14,9%	258	9,4%
	45-54	2286	80,9%	278	9,8%	262	9,3%
	55-64	2104	87,8%	136	5,7%	157	6,5%
	65-74	2045	92,2%	90	4,1%	84	3,8%
	75-84	1270	95,6%	30	2,3%	29	2,2%
	85 e +	202	93,5%	5	2,3%	9	4,2%
Feminino	35-44	2095	70,3%	443	14,9%	444	14,9%
	45-54	2422	80,4%	253	8,4%	336	11,2%

Sexo	Idade	Nível Básico		Nível Secundário		Nível Superior	
	55-64	2512	90,0%	104	3,7%	176	6,3%
	65-74	2705	95,4%	47	1,7%	82	2,9%
	75-84	1645	96,5%	35	2,1%	24	1,4%
	85 e +	385	97,2%	4	1,0%	7	1,8%

Quanto ao rendimento, a amostra apresenta um rendimento familiar equivalente médio de 614,5738 €, sendo os extremos compreendidos entre 26,32€ e 4000,00€. Efetuou-se uma estratificação em tercils, obtendo-se a seguinte distribuição de casos.

Tabela 18: INS 2005/06 – Casos por tercil de rendimento e escalão etário

Sexo	Idade	Rend. Baixo (1º Tercil)		Rend. Médio (2º Tercil)		Rend. Alto (3º Tercil)	
		n	%	n	%	n	%
Masculino	35-44	681	25,2%	985	36,5%	1033	38,3%
	45-54	636	23,0%	951	34,4%	1175	42,5%
	55-64	601	25,6%	821	34,9%	928	39,5%
	65-74	859	39,5%	736	33,8%	581	26,7%
	75-84	667	50,9%	400	30,5%	244	18,6%
	85 e +	118	55,1%	55	25,7%	41	19,2%
Feminino	35-44	705	24,0%	1047	35,7%	1180	40,2%
	45-54	691	23,6%	1029	35,1%	1214	41,4%
	55-64	913	33,3%	914	33,4%	912	33,3%
	65-74	1262	45,2%	914	32,8%	613	22,0%
	75-84	955	57,2%	422	25,3%	292	17,5%
	85 e +	224	57,6%	99	25,4%	66	17,0%

Observa-se que enquanto no 1º tercil a percentagem de casos vai aumentando ao longo da idade, nos restantes 2º e 3º tercils esta proporção diminui.

3.4.2 - Caracterização das variáveis estado de saúde

À semelhança da análise baseada nos INS 95/96 e 98/99, foram selecionadas para estudo desta amostra as mesmas cinco variáveis estado de saúde – Hipertensão, Diabetes, Bronquite, Asma e Estado de Saúde Autoreportado.

Tabela 19: INS 2005/06 – Variáveis Estado de Saúde Analisadas

Variável	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Hipertensão	3340	28,5	5270	38,4
Diabetes	1231	10,5	1654	12,1
Bronquite	488	4,2	575	4,2
Asma	542	4,6	851	6,2
Má Saúde	1442	18,6	3128	27,6
Saúde Razoável	3266	42,2	5138	45,8
Boa Saúde	3034	39,2	3007	26,6

A Hipertensão é a doença mais prevalente, enquanto a Bronquite é a doença com menor proporção de casos na população. As mulheres apresentam, de forma geral, maior prevalência das doenças crónicas analisadas que os homens.

Verifica-se que a maioria dos indivíduos de ambos os sexos autoavalia o seu estado de saúde como “Razoável”. Os homens apresentam uma maior proporção de indivíduos que consideram o seu estado de saúde como Bom/ Muito Bom, em relação aos elementos do sexo feminino.

3.4.3 - Relação entre nível de ensino e estado de saúde

Iniciou-se o estudo pelo teste à associação entre educação e saúde através do cruzamento das variáveis seleccionadas.

Tabela 20: INS 2005/06 – Cruzamento Variáveis Nível de Ensino X Estado de Saúde e Teste de Qui-quadrado

Sexo	Variável	Nível Básico	Nível Secundário	Nível Superior	X ²	p-value
Masculino	Hipertensão	2951 (29,6%)	199 (21,0%)	190 (23,8%)	40,616	0,005
	Diabetes	1136 (11,4%)	46 (4,8%)	49(6,1%)	56,697	0,005
	Bronquite	443 (4,4%)	26 (2,7%)	19 (2,4%)	13,085	0,005
	Asma	463 (4,6%)	31 (3,3%)	48 (6,0%)	7,443	0,010
	Má Saúde	1392 (21,2%)	28 (4,5%)	22 (4,0%)		
	S. Razoável	2926 (44,6%)	190 (30,6%)	150 (27,0%)	483,133	0,005
	Boa Saúde	2249 (34,2%)	402 (64,8%)	383 (69%)		

Feminino	Hipertensão	4910 (41,7%)	172 (19,4%)	188 (17,6%)	386,147	0,005
	Diabetes	1580 (13,4%)	30 (3,4%)	44 (4,1%)	147,347	0,005
	Bronquite	527 (4,5%)	20 (2,3%)	28 (2,6%)	17,269	0,005
	Asma	747 (6,3%)	38 (4,3%)	66 (6,2%)	6,017	0,010
	Má Saúde	3048 (31,2%)	41 (5,8%)	39 (4,6%)		
	S. Razoável	4640 (47,5%)	274 (39%)	269 (31,8%)	1132,941	0,005
	Boa Saúde	2081 (21,3%)	388 (55,2%)	538 (63,6%)		

Os testes de Qui-quadrado realizados demonstram associação entre nível de ensino e as variáveis Hipertensão, Diabetes, Bronquite e Estado de Saúde Autoreportado. Não se verifica associação entre nível de ensino e Asma.

A categoria de ensino básico apresenta maior percentagem de casos para todas as variáveis estado de saúde, excetuando a Asma. Em relação ao estado de saúde reportado pelos indivíduos, verifica-se maior proporção de “Má Saúde” reportada pelos indivíduos com ensino básico, enquanto a categoria de ensino superior é aquela que reporta “Boa Saúde” com maior frequência.

Análise de Regressão Logística

Observa-se os OR obtidos pelas regressões para o nível de ensino procurando tirar interpretações quanto ao risco de doença ou mau estado de saúde para as diferentes categorias.

Tabela 21: INS 2005/06 - Risco de Hipertensão, Diabetes, Bronquite, Asma e “Má Saúde” – OR (IC 95%) obtidos por Regressão Logística Multivariada – Nível de Ensino. Valores ajustados para as variáveis: Idade, Fumador, Obesidade e Seguro de Saúde

Sexo	Nível de Ensino	Hipertensão	Diabetes	Bronquite	Asma	Má Saúde
MASCULINO	Secundário	0,942 (0,792-1,120)	0,579 (0,424-0,791)	0,995 (0,657-1,508)	0,890 (0,608-1,302)	0,342 (0,231- 0,504)
	Superior	0,973 (0,809-1,170)	0,670 (0,491-0,914)	0,772 (0,475-1,255)	1,594 (1,146-2,217)	0,289 (0,186-0,449)
FEMININO	Secundário	0,688 (0,571-0,829)	0,404 (0,277-0,590)	0,833 (0,520- 1,337)	0,799 (0,563-1,133)	0,300 (0,216-0,415)
	Superior	0,579 (0,480-0,698)	0,520 (0,372-0,725)	1,072 (0,691-1,663)	1,212 (0,895-1,641)	0,264 (0,188-0,371)

Nota: Valores significativos apresentados em **bold**

Analisando os OR obtidos para as categorias de ensino, em cada regressão:

Hipertensão: Observam-se OR significativos inferiores à unidade apenas para o sexo feminino, tanto no nível de ensino secundário como no superior. Interpreta-se que as mulheres com ensino secundário e superior apresentam menor risco de Hipertensão que aquelas com ensino básico

Diabetes: Os OR significativos são inferiores a um para nível de ensino secundário e superior, em ambos os sexos, pelo que se interpreta que estas categorias de ensino apresentam menor risco de diabetes que a categoria de ensino básico.

Bronquite: Não se observam OR estatisticamente significativos

Asma: Não se obtiveram OR significativos.

Má Saúde: Os OR são significativos e menores que um - os indivíduos com ensino secundário e superior apresentam menor risco para autoavaliarem a sua saúde como “má”, quando comparados com o grupo de ensino básico.

3.4.3. - Relação entre rendimento e estado de saúde

Valida-se a associação entre rendimento e estado de saúde pelo cruzamento das variáveis definidas e interpretação dos valores de Qui-quadrado.

Tabela 22: INS 2005/06 – Cruzamento Variáveis Rendimento X Estado de Saúde e Teste de Qui-quadrado

Sexo	Variável	1º Tercil	2º Tercil	3º Tercil	X ²	p-value
Masculino	Hipertensão	1083 (30,4%)	1092 (27,7%)	1109 (27,7%)	8,920	0,010
	Diabetes	402 (11,3%)	446 (11,3%)	360 (9,0%)	14,655	0,005
	Bronquite	205 (5,8%)	155 (3,9%)	125 (3,1%)	33,571	0,005
	Asma	212 (6,0%)	168 (4,3%)	159 (4,0%)	18,986	0,005
	Má Saúde	732 (30,8%)	470 (18,5%)	226 (8,3%)		
	S. Razoável	1042 (43,9%)	1191 (46,8%)	997 (36,6%)	686,979	0,005
	Boa Saúde	601 (25,3%)	885 (34,8%)	1503 (55,1%)		
Feminino	Hipertensão	2163 (45,5%)	1710 (38,6%)	1291 (30,2%)	224,449	0,005
	Diabetes	719 (15,1%)	559 (12,6%)	350 (8,2%)	104,040	0,005
	Bronquite	260 (5,5%)	173 (3,9%)	132 (3,1%)	33,263	0,005

Sexo	Variável	1º Tercil	2º Tercil	3º Tercil	X ²	p-value
	Asma	330 (6,9%)	279 (6,3%)	225 (5,3%)	11,135	0,005
	Má Saúde	1599 (39,1%)	984 (26,8%)	490 (14,6%)		
	S. Razoável	1894 (46,3%)	1734 (47,2%)	1470 (43,7%)	918,122	0,005
	Boa Saúde	600 (14,7%)	952 (25,9%)	1404 (41,7%)		

Verifica-se a associação entre o Rendimento e as variáveis estado de saúde analisadas, excetuando apenas a Hipertensão no sexo masculino.

A categoria de indivíduos de menor rendimento (1º tercil) apresenta maior prevalência de todas as doenças analisadas, exceto a diabetes no sexo masculino, em que a percentagem é igual à do 2º tercil.

Quanto ao Estado de Saúde percebido pelos indivíduos, verifica-se que os indivíduos do 1º tercil são aqueles que percebem em maior “Má Saúde”, enquanto o grupo com maiores rendimentos é o que apresenta maior percentagem de indivíduos que se autoavaliam com “Boa Saúde”.

Modelo de Regressão Logística

Termina-se a análise desta relação pelo cálculo e interpretação dos OR, verificando o risco de evento adverso de saúde para os indivíduos segundo o seu nível de rendimento, sustentado numa regressão logística multivariada.

Tabela 23: INS 2005/06 - Risco de Hipertensão, Diabetes, Bronquite, Asma e “Má Saúde” – OR (IC 95%) obtidos por Regressão Logística Multivariada – Nível de Rendimento

Sexo	Nível Rendimento	Hipertensão	Diabetes	Bronquite	Asma	Má Saúde
Masculino	Médio	1,078	1,226	0,885	0,803	0,698
	(2º Tercil)	(0,971-1,198)	(1,058-1,420)	(0,711-1,102)	(0,650-0,991)	(0,611-0,797)
	Alto	1,190	1,050	0,797	0,759	0,355
	(3º Tercil)	(1,064-1,330)	(0,892-1,237)	(0,622-1,022)	(0,603-0,954)	(0,299-0,421)
Feminino	Médio	1,022	1,034	0,871	0,963	0,753
	(2º Tercil)	(0,934-1,118)	(0,914-1,168)	(0,713-1,064)	(0,815-1,138)	(0,683-0,830)

	Alto	0,877	0,794	0,799	0,803	0,443
	(3º Tercil)	(0,792-0,972)	(0,683-0,922)	(0,630-1,013)	(0,660-0,976)	(0,391-0,501)

Nota: Valores significativos apresentados em **bold**

Interpreta-se os valores de OR do rendimento separadamente, por variável dependente utilizada em cada uma das regressões.

Hipertensão: No sexo masculino obtém-se um valor estatisticamente significativo superior a 1 para o rendimento alto, indicando que esta categoria apresenta um risco 0,190 maior de Hipertensão que a categoria de rendimento baixo. Contudo recorde-se que o teste de qui-quadrado demonstrou não existir associação entre estas variáveis. Para o sexo feminino observa-se um OR significativo e menor que 1 para o nível de rendimento alto – As mulheres no 3º tercil de rendimentos apresentam menor risco de serem hipertensas que as mulheres do 1º tercil de rendimentos

Diabetes: No sexo masculino observa-se OR significativo superior a 1 para o nível de médio, indicando que estes indivíduos apresentam maior risco de diabetes que aqueles que se enquadram no 1º tercil de rendimento. No caso feminino, observa-se um valor OR significativo para o 3º tercil de rendimento, sendo menor que a unidade. Verifica-se, portanto, que as mulheres com rendimentos mais elevados apresentam menor risco de diabetes que aquelas com rendimentos mais baixos.

Bronquite: Não se observam OR significativos

Asma: Obtiveram-se OR significativos inferiores à unidade para rendimento médio e alto nos homens e para rendimento elevado nas mulheres. Interpreta-se que os homens com rendimento médio e alto e as mulheres com rendimento elevado apresentam menor risco de asma que, respetivamente, os homens e mulheres com rendimentos mais baixos.

Má Saúde: Os OR obtidos são significativos e menores que a unidade. Verifica-se que os indivíduos com rendimento médio e alto apresentam menor risco de reportarem mau nível de saúde que aqueles que apresentam um nível de rendimento baixo (no 1º tercil).

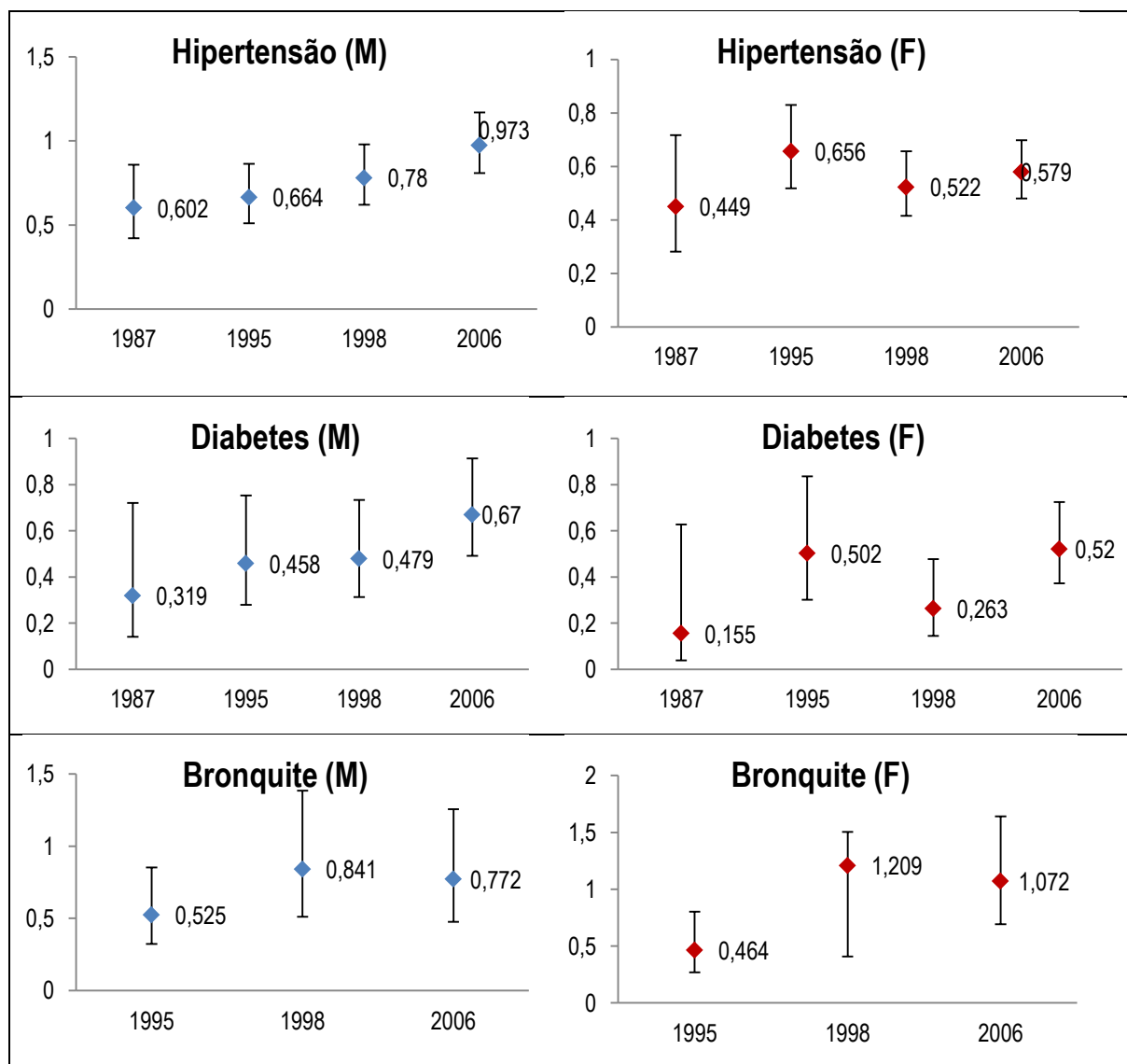
3.5 – Desigualdades socioeconómicas 1987-2006: Análise comparativa dos quatro INS

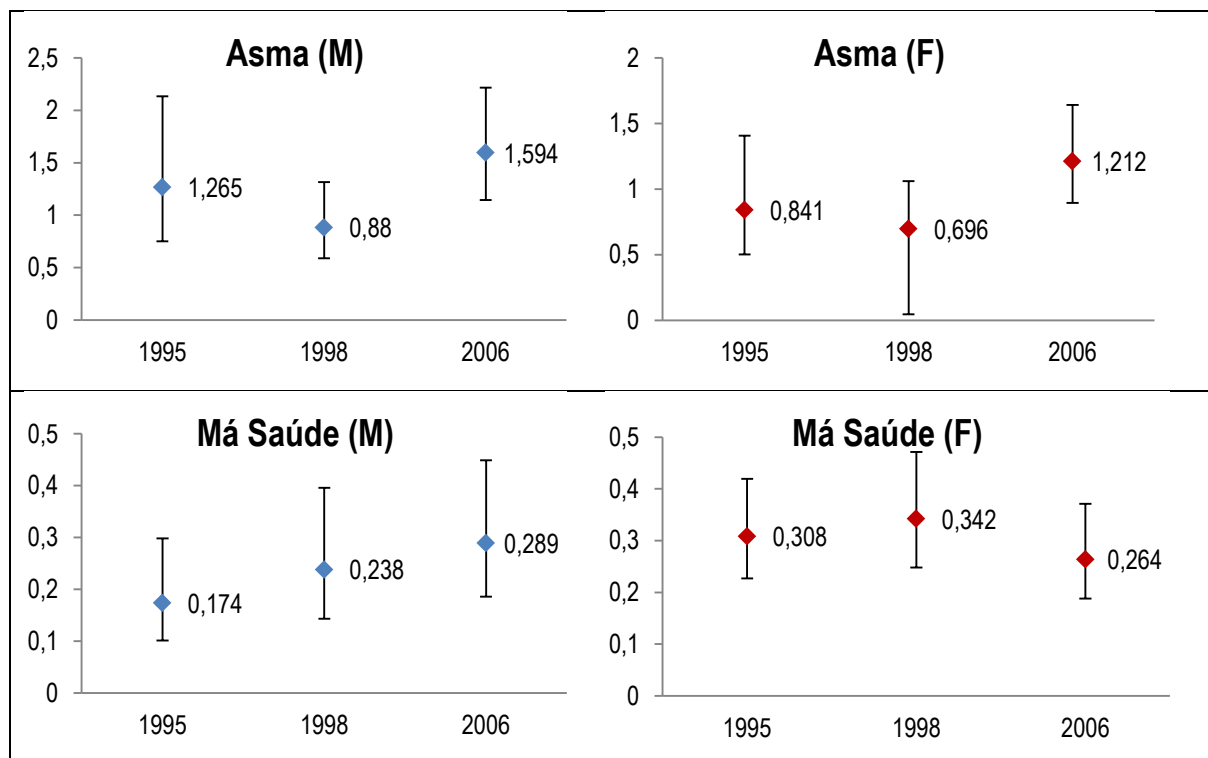
Finda a análise individual de cada INS, efetua-se neste subcapítulo a ponte entre os resultados obtidos, procurando observar como evolui o nível de desigualdade socioeconómica do estado de saúde da população.

3.5.1 - Estado de Saúde e Educação

Comparando os OR obtidos para o grupo com educação mais elevada (nível ensino superior), nos diferentes inquéritos observa-se como evoluiu o nível de desigualdade entre os grupos com maior e menor educação ao longo do tempo (Quadro A). Obtiveram-se diferentes tipos de evolução, em seguida explicitados

Quadro A: Odds Ratio com IC 95% - nível de Ensino Superior I a IV INS (1987-2006)





Desaparecimento de desigualdades

Verifica-se para o caso da hipertensão (sexo masculino) e bronquite (ambos os sexos) que os OR aproximam-se da unidade, valor que indica ausência de desigualdades entre grupos, ao longo do tempo. Por estes dados se observam que para estas variáveis as desigualdades desapareceram ou tornaram-se insignificantes.

Melhoria das desigualdades

Verifica-se que os indivíduos do sexo masculino no estudo da Diabetes e Saúde Autoreportada, se observa um aumento gradual do OR ao longo do tempo, ainda que os valores não são suficientemente próximos da unidade para que se possa admitir que as desigualdades desapareceram. Contudo observa-se que estas diferenças diminuíram ao longo do tempo.

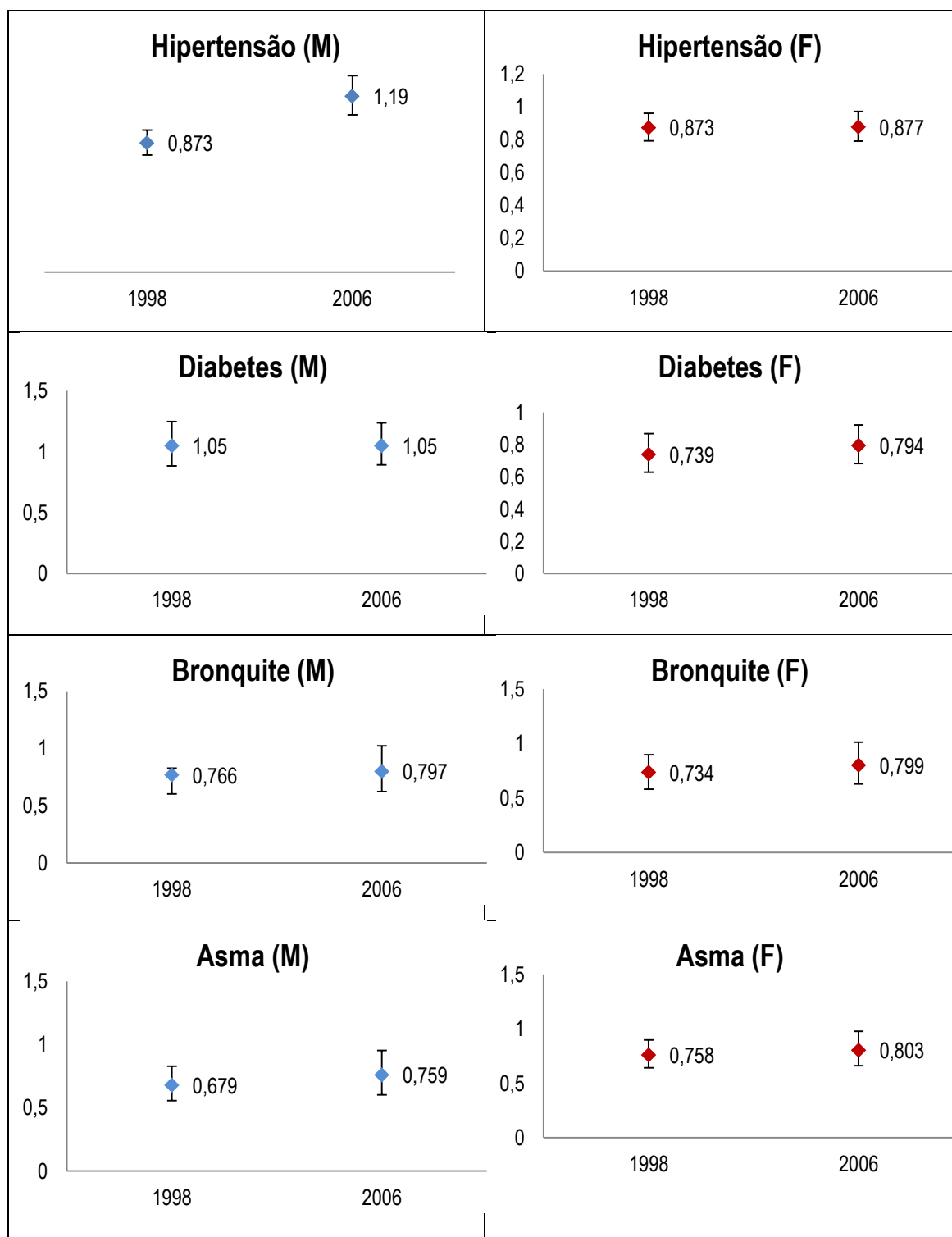
Ausência de Tendência

Para as restantes variáveis os OR variaram ao longo do tempo, não apresentando contudo uma tendência evolucionar bem marcada, sendo que o nível de desigualdade permaneceu (ou manteve-se ausente/mínimo) ao longo do tempo.

3.5.2 – Estado de Saúde e Rendimento

Efetua-se igual comparação de resultados dos OR para o nível de rendimento alto (3º tercil), tendo como referência o 1º tercil de rendimento. Estas comparações são apenas efetuadas entre o III e IV INS, pois apenas nestas foi possível calcular o rendimento equivalente.

Quadro B: Odds Ratio com IC 95% - 3º Tercil de Rendimento (Alto) nos III e IV INS





Desaparecimento de desigualdades

Para o caso da Diabetes no sexo feminino, Bronquite e Asma, em ambos os sexos, verifica-se que as comparações entre os OR demonstram uma aproximação da unidade, ou seja, as desigualdades entre grupos tenderam a desaparecer ao longo do tempo.

Melhoria das Desigualdades

Observa-se um aumento do OR, contudo ainda afastado da unidade, para o sexo feminino no estudo da Má Saúde, pelo que interpreta uma melhoria das diferenças entre grupos ao longo do tempo, nesta variável.

Aumento das Desigualdades

Por oposição aos indivíduos do sexo feminino, no caso masculino - para a "Má Saúde" autoreportada observou-se que o OR diminuiu entre 1998 e 2006, demonstrando que as desigualdades entre os grupos de rendimento aumentaram entre estes dois inquéritos.

Ausência de Tendência

Tal como se pode observar no Quadro G, para as restantes variáveis estudadas verifica-se que não houve evolução no nível de desigualdade entre inquéritos.

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A desigualdade no estado de saúde de pessoas de diferentes classes sociais constitui-se uma das maiores preocupações das organizações e autoridades internacionais no domínio da saúde. Os sistemas de saúde na era moderna, principalmente os dos países industrializados, são hoje direcionados para reconhecer e atuar perante situações de iniquidade no estado de saúde e acesso a serviços de saúde, no ceio das suas populações.

Mas o problema da iniquidade em saúde e seus determinantes ainda é pouco conhecido. As teorias sociais de produção da saúde e da doença [21], influenciadas por outros pensadores realçam que o cerne da equidade está na oportunidade dos indivíduos de desenvolverem a sua capacidade de obter saúde, tendo acesso aos recursos necessários. [18] Os sistemas de saúde têm caminhado para a cobertura universal de todos os cidadãos, procurando facilitar-lhes os recursos necessários para que todos tenham igual oportunidade de promoverem a sua saúde. Contudo, os teóricos do modelo social de saúde discutem cada vez mais o peso que a eficácia que intervenção única do setor da saúde terá perante uma problemática tão complexa e a crescente pressão financeira sobre os sistemas leva a ponderarem-se medidas de contenção da despesa, de melhoria de eficiência e de restrição ao acesso [56]

Estudos recentes realizados em países industrializados [33] [32] [57] têm demonstrado que, apesar do enfoque e investimento financeiro realizado para garantir a universalidade e maior igualdade no acesso dos cidadãos à saúde, as desigualdades socioeconómicas em saúde têm vindo a agravar-se nas últimas 3 décadas. Estes estudos são reduzidos, não havendo ainda informação sobre o assunto que permita generalizações. Contudo, descortinam uma realidade preocupante, demonstrando que ainda há muito trabalho a fazer para compreender e atuar em matéria de equidade em saúde.

Portugal dispõe de um Serviço Nacional de Saúde, de acesso universal e tendencialmente gratuito, que se constitui um elemento central nas políticas de combate às desigualdades socioeconómicas em saúde no país. Existe alguma publicação científica relevante, mais dirigida ao acesso e financiamento da prestação de cuidados, não se centrando tanto no estado de saúde da população. [3]

O presente estudo teve por objetivo analisar a equidade socioeconómica no estado de saúde da população portuguesa, com especial enfoque no estudo da evolução das desigualdades no estado de saúde dos diferentes grupos socioeconómicos, estratificados neste caso pelo nível educacional e de rendimento, ao longo do tempo em Portugal. A análise da evolução temporal das desigualdades em saúde é uma ferramenta essencial no estudo do fenómeno da equidade e no impacto concreto de políticas, programas e do próprio funcionamento do sistema de saúde. Até à data, nenhuma investigação publicada tinha estudado esta evolução temporal na saúde dos diferentes grupos de rendimento e educação, em Portugal, pelo que surge ainda mais pertinente a especificidade do trabalho, de forma a colher mais conhecimento sobre a realidade nacional desta problemática.

A análise desta evolução temporal das desigualdades centrou-se sobretudo na análise dos 4 INS (1987; 1995; 1998/9 e 2005/6). Mediu-se o impacto da educação e do rendimento nos seguintes indicadores de saúde: Hipertensão; Diabetes; Bronquite; Asma e Má Saúde. Observou-se que para a Hipertensão, Diabetes e Má Saúde, todas no sexo masculino, para o nível de ensino; e Diabetes, Asma e Má Saúde, todas no sexo feminino, para o nível de rendimento, uma diminuição da desigualdade entre extremos socioeconómicos ao longo do tempo.

O único indicador que demonstrou agravamento das desigualdades ao longo do tempo foi o referente ao sexo masculino na “Má Saúde” autoreportada, para o rendimento. Contudo, existe evidência que o valor preditivo deste indicador varia em função do nível socioeconómico do indivíduo, particularmente o nível de ensino [58] pelo que assume-se maior significância de outras variáveis mais “objetivas”, como a prevalência de doenças crónicas.

As restantes variáveis não apresentaram diferenças consideráveis no nível de desigualdade ao longo do tempo, ou apresentaram oscilações na evolução que impossibilitaram traçar uma tendência. De salientar que, para o nível de ensino, obtiveram-se desigualdades não significativas para dois inquéritos no estudo da asma e bronquite; para o nível de rendimento, a não significância também foi observada para hipertensão, diabetes e bronquite, no sexo masculino e em todos os inquéritos.

Pelos resultados observados verifica-se a existência de iniquidade no estado de saúde entre grupos de rendimento e educação, sendo que estas diferenças têm tendencialmente diminuído ao longo do tempo. Desta forma, Portugal apresenta uma

tendência diferente de outros países estudados, que apresentavam um agravamento das desigualdades ao longo do tempo. [33] [32] [57] Em Portugal verifica-se que para além de não haver agravamento, em muitos casos as desigualdades melhoraram substancialmente. No entanto continua a haver desigualdades.

Importa, por isso, refletir sobre as causas destes resultados e que aspetos mais contribuem para que a situação portuguesa surja como diferente da maioria dos outros países até à data estudados.

A etiologia das desigualdades socioeconómicas em saúde é atribuída a um conjunto de diferentes fatores e mecanismos, entre os quais um inadequado acesso a cuidados de saúde, a adoção de comportamentos de risco para a saúde, défices nutricionais e outros recursos materiais essenciais e stresse psicológico fruto da exclusão social. Todos estes mecanismos são, no mínimo, influenciadores plausíveis para o aumento do risco de qualquer uma das doenças crónicas estudadas. [27] [59] [60] [61]

Desta forma, uma sociedade com maior suporte social aos cidadãos mais vulneráveis diminuirá a influência destes fatores de risco sobre essas franjas da população. Podemos considerar que a construção em Portugal, desde o 25 Abril de 1974, de um Estado com fortes propósitos de suporte social, que no setor de saúde encontra esse paralelo no Serviço Nacional de Saúde, será uma das causas para a melhoria das desigualdades em saúde. O acesso a uma rede de suporte social (subsídio de desemprego e de reinserção social, apoio escolar, etc.) leva a que ser pobre é menos grave em 2006 comparativamente em 2007.

Por outro lado, um outro possível fator para esta alteração nas desigualdades em saúde poderá estar relacionado com um dos maiores fenómenos da era moderna: o acesso facilitado à informação. A disponibilidade de conteúdos informativos potencialmente promotores de saúde, por meios menos convencionais que o ensino tradicional poderá estar a contribuir para que os indivíduos enquadrados em franjas sociais tendencialmente mais desprotegidas possam cultivar conhecimento e literacia em saúde que os torne mais capacitados e potencie os seus *outcomes* de saúde. Este maior acesso à informação e autonomia do utente é inclusivamente observado como uma característica inerente aos sistemas de saúde do futuro. [62] Desta forma, verifica-se que mesmo os indivíduos com um nível de educação mais baixo acedem a alguma informação e constroem conhecimento com maior facilidade na era atual que há três décadas atrás.

Apesar da melhoria das desigualdades ao longo do tempo, o estudo demonstra ainda existirem iniquidades no estado de saúde que favorecem os grupos com níveis de rendimento e educação mais elevados. De salientar a importância da educação enquanto força social poderosa com impacto para a saúde [39], demonstrando que a promoção de um sistema educativo universal e de qualidade para todos poderá ser, por si, uma medida de suporte social para a melhoria da saúde global.

Como já anteriormente apresentado, observaram-se OR não significativos em algumas regressões para cada uma das doenças estudadas (mais frequente na bronquite e asma). Procurando deslindar os motivos para estas observações não significativas, analisaram-se autores que estudaram estas variáveis com resultados significativos [59] [60] [61] [63], verificando-se que as regressões logísticas calculadas possuíam um maior número de variáveis de ajustamento, entre as quais se destacam o tipo de ocupação profissional, consumo de álcool, história familiar de doença, sedentarismo e hábitos de exercício. A impossibilidade, por aspetos relativos à estrutura da base de dados, de um conjunto mais alargado de variáveis de ajustamento no modelo de regressão, será uma das possíveis justificações para os valores obtidos não serem todos significativos.

Analisando as limitações metodológicas desta investigação, salienta-se a dificuldade na comparação dos resultados ao longo do tempo. Os INS não estudam a mesma amostra ao longo do tempo, trata-se de 4 inquéritos, sem ligação entre si, que estudaram, em diferentes períodos do tempo, amostras com indivíduos diferentes, apesar de todas pretenderem representar a população portuguesa. Deste modo não estamos a observar as respostas do mesmo indivíduo ao longo do tempo mas sim de quatro indivíduos, um por inquérito.

Por outro lado, apenas foi possível selecionar indicadores de saúde e desigualdade presentes na maioria dos quatro inquéritos, de forma a possibilitar a comparação ao longo do tempo, o que limitou a seleção de variáveis.

Outro aspeto metodológico a considerar refere-se ainda à metodologia de inquérito. Uma vez que os dados são colhidos pelo reporte direto dos indivíduos, poderão admitir-se imprecisões nessas respostas, que podem variar em função do próprio estatuto socioeconómico do indivíduo. Mackenbach [64] demonstrou que este *misreporting* poderá ser maior em grupos de nível educacional mais baixo, pelo que as iniquidades em saúde poderão estar a ser subestimadas.

Para além destes aspetos, é sempre possível existir causalidade inversa entre rendimento e/ou educação e o estado de saúde, sendo que pior saúde leva a maior pobreza e menor educação ao invés do contrário. Contudo, a haver, será mais provável que o aconteça para o rendimento, sendo menor para a educação. [25] [39]

Apesar destas possíveis limitações, os resultados obtidos são relevantes e demonstram que apesar da existência de iniquidade em saúde em Portugal, ela tem vindo a ser minorada ao longo do tempo.

Em época de crise macroeconómica e necessidade de contenção da despesa pública, os dados colhidos através deste estudo irão contribuir para o debate do impacto do investimento no SNS na saúde da população. Condições macroeconómicas difíceis poderão ter um efeito negativo em saúde, tanto em termos de aumento do stress e risco de comportamentos de risco e doença mental na população, como no aumento de restrições ao acesso a educação, cuidados de saúde e sociais, especialmente para os escalões socioeconómicos mais baixos. Por outro lado, a pressão financeira sobre os sistemas de saúde e suporte social poderá levar os países a reverem a combinação das suas políticas sobre os fatores determinantes da saúde, procurando maior eficácia e eficiência. [56]

Independentemente de qual o verdadeiro impacto que o modelo do sistema de saúde português, e do SNS em particular, tenham efetivamente, é inevitável que os seus propósitos de combate as desigualdades em saúde têm vindo a ser, pelo menos parcialmente, atingidos nas últimas décadas. Esta “meia-vitória” constitui provavelmente a maior incerteza sobre o atual modelo do sistema de saúde e qual o caminho das reformas a tomar.

As mudanças rápidas que se vivem na sociedade atual, com evolução tecnológica e disponibilização de dados e informação em rede, poderão mudar as próprias características dos grupos sociais e provocar uma revolução nos conceitos de “pobre” ou “menos escolarizado”, no que se refere ao acesso a recursos informativos e conhecimento. Será necessário explorar novas formas de atuar perante as franjas mais vulneráveis da sociedade, provavelmente estimulando a sua maior autonomia, com recursos as novas ferramentas de informação e tendo como nova preocupação da era atual, a sustentabilidade financeira do sistema.

5. CONCLUSÃO

Este estudo pretendeu fornecer dados sobre a evolução temporal das desigualdades socioeconómicas na saúde dos portugueses. Os resultados obtidos demonstram uma tendência de diminuição destas desigualdades no período de tempo estudado (1987-2006).

Estes resultados vêm contrariar estudos realizados em outros países industrializados, onde as desigualdades aumentaram, gerando o debate sobre os mecanismos implícitos nestes processos evolucionais. Será importante estudar, posteriormente, quais os possíveis influenciadores destes resultados, em cada país, de forma a tirar elações sobre o motivo das diferenças entre eles. Na realidade portuguesa, torna-se essencial refletir sobre o papel que as políticas públicas de saúde e suporte social poderão ter nestes resultados, numa época em que inicia o debate sobre a reforma e funções do Estado.

De referir que este estudo reforça a importância e aplicabilidade do INS como fonte de dados de para o estudo dos fenómenos de saúde no país. A dificuldade relacionada com a comparação de indicadores ao longo do tempo demonstra a necessidade de uniformizar a estrutura dos inquéritos.

A investigação futura, para além do estudo dos fatores etiológicos destas desigualdades, poderá passar pela análise de posteriores edições dos INS, principalmente na análise do impacto que a recente crise macroeconómica, desde 2008, terá na saúde da população portuguesa e nas diferenças entre extremos socioeconómicos.

É imprescindível que se mantenha o caminho da investigação sobre a equidade em saúde. Outro aspeto a ter em conta é a necessidade destas investigações poderem traduzir-se em medidas práticas de intervenção para promoção de maior equidade, algo até hoje pouco efetivado.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. - ***Defining equity in health***. 2003. *Journal of Epidemiologic Community Health*. pp. 254-258
- [2] DAHLGREN G, WHITEHEAD M - ***Policies and strategies to promote equity in health***. 1992. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe
- [3] PEREIRA, J.; FURTADO, C. - ***Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde***. 2010. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa
- [4] DOORSLAER, E.V.; MASSERIA, C – ***Income-Related Inequality in the use of medical care in 21 OECD Countries***. 2004. OECD
- [5] DOORSLAER, E.V; KOOLMAN, X. - ***Explaining the differences in income-related health inequalities across European Countries***. 2004. *Health Economics*. vol. 13(7). pp. 609-628
- [6] MANCINKO, J.A. - ***Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001***. 2002. *Equity Health Journal*.
- [7] SEN, A. - ***Why health equity?***. 2002. *Health Economics*, pp. 659-66
- [8] GRAND, J.L – ***Equity in Health and Healthcare***. 1987. *Social Justice Research*, vol. .1 pp. 257-274
- [9] SPOSATI, A. - Exclusão social abaixo da linha do Equador. In: ***Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam***. 1999. São Paulo.
- [10] DUCLOS, J.Y. – ***Innis Lecture: Equity and Equality***. 2006, *Canadian Journal of Economics/Revue canadienne d'Economie*. 2006. Vol39. Nº4. Pp 1073-1104.
- [11] PITA-BARROS, Pedro – ***Economia da Saúde. Conceitos e Comportamentos***. 2005. Almedina. Lisboa
- [12] PEREIRA, J. - ***What Does Equity in Health Means***. 1989. Centre for Health Economics – University of York.
- [13] DWORKIN, E. – ***What is Equality-*** 1981. *Philosophy and Public Affairs*. Vol10. Pp185-246; 283-345.

- [14] MOREIRA E SILVA, H. – **John Rawls, Uma Teoria de Justiça**. 1971. Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade do Rio de Janeiro.
- [15] SEN, A – **On Economic Inequality**. 1973. Oxford University Press. Oxford
- [16] DANIELS, N. – **Health-Care Needs and Distrubitive Justice**.1981 Philosophy and Public Affairs. Vol 10. Nº2. pp 146-179.
- [17] VARIAN, H. – **Equity, Envy and Efficiency**.1974. Journal of Economic Theory. pp 63-91.
- [18] SEN, A. – Equality of What? In **Choise, Welfare and Measurement**. 1980. Basil Blackwell. Oxford. Pp 353-369.
- [19] BRAVEMAN, P. – **Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement**. 2006. Annual Review of Public Health. Vol 27. pp 167-194.
- [20] DEATON, A. – **What does the empirical evidence tell us about the injustice of health inequalities?**. 2011. Princeton. Princeton University.
- [21] SOLAR, O; IRWIN, A. – **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. 2010. Social Determinants of Helath Discussion.
- [22] Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde -**Definição de Determinantes sociais da Saúde**, World Health Organization, 2010.
- [23] MARMOT, M.; et.al. - **Employment grade and coronary heart disease in British Civil Servants - The Whitewall study**. Journal of Epidemiology Community Health. 1978. 32(4): 244-249
- [24] MARMOT,M; et.al. - **Health inequalities among British Civil Servants: The Withewall study II**.1991. *Lancet*, vol. 337, pp. 1387-1393
- [25] SMITH, J. – **Healthy Bodies and Thick Wallets: The Dual Relation Between Health and Economic Status**. 1999. Journal of Economic Perspectives. Vol. 13(2). Pp145-166.
- [26] BARKER, DAVID – **Maternal Nutrition and Diseases in Later Life**. 1997. Nutrition. Vol13:9. pp 807-813.
- [27] Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde - **Redução das Desigualdades no período de uma geração**. 2010. Organização Mundial da Saúde. Genebra

- [28] DE LOOPER, M; LAFORTUNE, G - ***Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries***. OECD Health Working Papers nº 43.2009. OECD.
- [29] MACHENBACK, J. [et.al.] – ***Socioeconomic Inequalities in Cardiovascular Disease Mortality: An International Study***. European Health Journal. Vol 12. pp 1141-1151. 2000 *International Journal of Epidemiology*, vol. 30(2). pp. 231-239
- [30] TUREL, G; MATHER, C - ***Socioeconomic inequalities in all-cause and specific-cause mortality in Australia 1985-1987 and 1995-1997***. 2001. *International Journal of Epidemiology*. Vol 30(2). pp 231-239.
- [31] LIMA-COSTA [et.al] -***Socioeconomic Inequalities in Health in Older Adults in Brasil and England***. 2012. *American Journal of Public Health*. vol. 102 (8). pp. 1535-41
- [32] SON et. al. - ***Social inequalities in life expectancy and mortality during the transition period of economic crisis (1993-2010) in Korea***. *International Journal for Equity in Health* 2012, 11:71
- [33] MEARA, E. ; RICHARDS, S.; CUTLER, D – ***The Gaps Get Bigger 1981-2000: Changes in Mortality and Life Expectancy, by education***. 2008. *Health Affairs*. Vol 27(2). Pp 350-60.
- [34] KANJILAL; et. al. - ***Socioeconomic Status and Trends in Disparities in 4 Major Risks Factores por Cardiovascular Disease among US Adults 1971-2002***. 2006. *Archive of Internal Medicine*, vol. 166, pp. 2348-2355.
- [35] LIU, Y; EGGLESTON, W – ***Equity in health and healthcare: The Chinese experience***. 1999. *Social Science and Medicine*. Vol 49 (10). pp 1349-56.
- [36] DOORSLAER, E.V. – ***Equity in the delivery of healthcare in Europe and the US***. 2000. *Journal of Health Economics*. Vol 19(5). Pp 553-83. 2000
- [37] LOCHNER; [et.al.] - ***State-level income inequality and individual mortality risk: a prospectivem multilevel study***. *American Journal of Public Health*. Vol. 91(3). pp. 385-391, 2001.
- [38] CHIAVEGATO FILHO, A.; GOTLIEB, S; KAWACHI, I. – ***Cause-Specific mortality and income inequality in São Paulo, Brazil***. 2012. *Revista de Saúde Pública Brasil*. Vol 46. pp 712-18.

- [39] GOLDMAN, D; SMITH, J – ***The Increasing value of Education to Health. 2011. Social Science & Medicine.*** Vol 72. Pp 1728-37.
- [40] INTERNATIONAL STANDARD CLASSIFICATION OF EDUCATION. 1997. UNESCO.
- [41] HUISMAN, M [et.al.] - ***Educational inequalities in prevalence and incidence of disability in Italy and the Netherlands were observed. Journal of Clinical Epidemiology***, vol. 58, pp. 1058-1065, 2005.
- [42] HUISMAN, M [et.al.] – ***Inequalities in lung cancer mortality by educational level in 10 European Populations.*** 2004. European Journal of Cancer. Vol 40. Pp 126-135.
- [43] HUISMAN, M; KUNST, A.; MACKENBACH, J. – ***Educational Inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries.*** Tobacco Control. Vol14. pp 106-113. 2005.
- [44] AITSI-SELM I [et.al.] – ***Interaction Between Education and Household Wealth on the Risk of Obesity in Women in Egypt.*** 2012. Tulane School of Public and Tropical Medicine. United States of America.
- [45] KUNST; GREONHOF; MACKENBACK – ***Mortality by occupational classe among men 30-64 years in 11 European Countries.*** 1998. Social Science and Medicine. Vol 46 (11). Pp 1459-76.
- [46] FERNANDES, A ; PERELMAN, J ; MATEUS, C. - ***Gender equity in treatment for cardiac heart disease in Portugal.*** 2010. Social Science & Medicine. 71(1): 25-9
- [47] MACKENBACH, [et.al.] - ***Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study.*** 1999. *American Journal of Public Health*, vol. 89(12). pp. 1800-1806
- [48] PAMPEL, F. - ***Cigarette use and the narrowing sex differential in mortality. 2002*** Population and Development Review. vol. 28:1 pp. 77-104
- [49] KAWACHI, I. [et.al.] - ***Women's status and the health of women and men: a view from the States.***1999. *Social Science and Medicine*. vol. 48(1). pp. 21-32
- [50] MACHADO, M.C. ; [et. al.] - ***Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes.*** 2007. Migrações. Nº 1. pp103-127

- [51] SMEDLEY,B.D.; STITH A.; NELSON, A.R. -Unequal treatment: confronting racial and ethnic differences in health care. 2002 Institute of Medicine, Washington DC.
- [52] SKINNER,J. et.al. - **Racial, ethnic and geographical disparities in rates of knee arthroplasty among Medicare patients**. 2003. *New England Journal of Medicine*. vol. 343:14. pp. 1350-9.
- [53] CURRIE,J. - **Inequality at birth: some causes and consequences**. 2011 American Economic Review. vol. 101.
- [54] WILLIAMS, D.R. - **Race, Socioeconomic Status and Health** - The added effects of racism and discrimination, *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 896, pp. 173-188, 2006.
- [55] FORTIN; M.F. – **O Processo de Investigação, Da conceção à realização**.1999. Lisboa: Lusociência.
- [56] CE – COMISSÃO EUROPEIA – **Reduzir as desigualdades no domínio da saúde na União Europeia**, 2011, Comissão Europeia, Luxemburgo
- [57] ZACK et al - Worsening Trends in Adult Health-Related Quality of Life and Self-Rated Health— United States, 1993–2001. *Public Health Rep*. 2004 Sep Oct; 119(5):493-505.
- [58] HUISMAN M, LENTHE; MACKENBACH, J – **The predictive ability of self-assessed health for mortality in different educational groups**. 2007 *International Journal of Epidemiology*. nº36. Pp 1207-1213.
- [59] ROBBINS, J. ET. AL - **Socioeconomic status and Type 2 Diabetes in African American and Non-Hispanic White Women and Men: Evidence from the Third National Health and Nutrition Examination Survey**. 2001 *American Journal of Public Health*. 2001 January. V91(1). Pp. 77-83
- [60] GAUDEMARIS [et al] – **Socioeconomic inequalities in Hypertension prevalence and Care – The IHPAF Study**. 2002. *Journal of American Heart Association*. Nº 39 pp. 1119-1125
- [61] ELLISON-LOSCHMANN [et al] – **Socioeconomic status, asthma and chronic bronchitis in a large community based study**. 2007. *European Respiratory Journal*. 29 (5). Pp 987-905.
- [62] PITA BARROS, P. – **Pela sua Saúde**. 2013. Ensaios da Fundação. Fundação

Francisco Manuel dos Santos. Lisboa.

- [63] HU, FB. [et al]. – ***An Epidemiological study of asthma prevalence and related factors among young adults***. Journal of Association for the Care of Asthma 1997. (34)1.
- [64] MACKENBACH, JP [et al] – **Differences in the misreporting of chronic conditions, by level of education: The effect on inequalities in prevalence rates.**

ANEXOS

ANEXO I
TABELAS DE REGRESSÕES LOGÍSTICAS MULTIVARIADAS

Inquérito Nacional de Saúde 1987

Hipertensão

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1 ^a	Ens. Sec	-,099	,094	1,110	1	,292	,906	,753	1,089
		Ens Sup	-,507	,181	7,844	1	,005	,602	,422	,859
		Idade	,040	,002	427,248	1	,000	1,040	1,037	1,044
		Fumador	-,437	,058	57,578	1	,000	,646	,577	,723
		Constant	-3,297	,120	751,430	1	,000	,037		
Feminino	Step 1 ^a	Ens. Sec	-,785	,107	53,527	1	,000	,456	,369	,563
		Ens Sup	-,801	,239	11,205	1	,001	,449	,281	,717
		Idade	,041	,002	729,180	1	,000	1,041	1,038	1,045
		Fumador	-,863	,215	16,134	1	,000	,422	,277	,643
		Constant	-2,950	,092	1020,706	1	,000	,052		

a. Variable(s) entered on step 1: educ1, educ2, idade, fuma.

Diabetes

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1 ^a	Ens. Sec	-,800	,205	15,279	1	,000	,449	,301	,671
		Ens Sup	-1,143	,416	7,551	1	,006	,319	,141	,721
		Idade	,022	,003	50,988	1	,000	1,022	1,016	1,028
		Fumador	-,474	,100	22,693	1	,000	,622	,512	,757
		Constant	-3,651	,192	362,750	1	,000	,026		
Feminino	Step 1 ^a	Ens. Sec	-1,517	,275	30,401	1	,000	,219	,128	,376
		Ens Sup	-1,867	,716	6,808	1	,009	,155	,038	,628
		Idade	,020	,002	71,357	1	,000	1,020	1,015	1,025
		Fumador	-,259	,349	,549	1	,459	,772	,389	1,531
		Constant	-3,442	,147	551,345	1	,000	,032		

a. Variable(s) entered on step 1: educ1, educ2, idade, fuma.

Inquérito Nacional de Saúde 1995

Hipertensão

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1 ^a	Ens. Secundário	-,065	,130	,247	1	,619	,937	,726	1,210
		Ens. Superior	-,410	,135	9,255	1	,002	,664	,510	,864
		Idade	,037	,002	435,373	1	,000	1,038	1,034	1,041
		Fumador	-,579	,059	96,845	1	,000	,560	,499	,629
		Obesidade	,635	,058	119,873	1	,000	1,888	1,685	2,115
		Seguro Saúde	-,166	,129	1,650	1	,199	,847	,657	1,091
		Constant	-3,514	,116	920,013	1	,000	,030		
Feminino	Step 1 ^a	Ens. Secundário	-1,039	,179	33,642	1	,000	,354	,249	,503
		Ens. Superior	-,422	,120	12,322	1	,000	,656	,518	,830
		Idade	,038	,001	772,501	1	,000	1,039	1,036	1,042
		Fumador	-,695	,137	25,701	1	,000	,499	,381	,653
		Obesidade	,787	,046	294,100	1	,000	2,197	2,008	2,404
		Seguro Saúde	-,123	,133	,866	1	,352	,884	,681	1,146
		Constant	-3,232	,088	1354,131	1	,000	,039		

a. Variable(s) entered on step 1: educ_secun, educ_super, idade, Fumador, Obesidade, SegSubsaude.

Diabetes

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1 ^a	Ens. Secundário	-,466	,240	3,768	1	,052	,628	,392	1,005
		Ens. Superior	-,780	,253	9,498	1	,002	,458	,279	,753
		Idade	,031	,003	141,361	1	,000	1,032	1,026	1,037
		Fumador	-,528	,093	32,428	1	,000	,590	,492	,708
		Obesidade	,610	,082	55,254	1	,000	1,840	1,567	2,161
		Seguro Saúde	-,323	,227	2,039	1	,153	,724	,464	1,128
		Constant	-4,333	,175	616,286	1	,000	,013		
Feminino	Step 1 ^a	Ens. Secundário	-,893	,342	6,833	1	,009	,409	,210	,800
		Ens. Superior	-,690	,261	7,011	1	,008	,502	,301	,836

	Idade	,031	,002	200,184	1	,000	1,031	1,027	1,036
	Fumador	-,799	,287	7,762	1	,005	,450	,256	,789
	Obesidade	,663	,069	93,619	1	,000	1,941	1,697	2,220
	Seguro Saúde	-,771	,326	5,586	1	,018	,462	,244	,877
	Constant	-4,404	,145	920,879	1	,000	,012		

a. Variable(s) entered on step 1: educ_secun, educ_super, idade, Fumador, Obesidade, SegSubsaude.

Bronquite

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1ª	Ens. Secundário	-,120	,221	,297	1	,586	,887	,575	1,367
		Ens. Superior	-,645	,247	6,806	1	,009	,525	,323	,852
		Idade	,050	,003	338,818	1	,000	1,051	1,046	1,057
		Fumador	,098	,083	1,402	1	,236	1,103	,938	1,298
		Obesidade	,240	,092	6,847	1	,009	1,271	1,062	1,520
		Seguro Saúde	-,486	,255	3,629	1	,057	,615	,373	1,014
		Constant	-5,586	,187	895,053	1	,000	,004		
Feminino	Step 1ª	Ens. Secundário	-1,223	,416	8,656	1	,003	,294	,130	,665
		Ens. Superior	-,769	,279	7,586	1	,006	,464	,268	,801
		Idade	,029	,002	146,563	1	,000	1,029	1,024	1,034
		Fumador	-,102	,231	,196	1	,658	,903	,574	1,420
		Obesidade	,530	,076	48,453	1	,000	1,699	1,463	1,972
		Seguro Saúde	-,620	,327	3,587	1	,058	,538	,283	1,022
		Constant	-4,453	,157	805,415	1	,000	,012		

a. Variable(s) entered on step 1: educ_secun, educ_super, idade, Fumador, Obesidade, SegSubsaude.

Asma

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Masculino	Ens. Secundário	,184	,291	,398	1	,528	1,202	,679	2,127
	Ens. Superior	,235	,267	,776	1	,379	1,265	,750	2,133
	Idade	,028	,004	48,031	1	,000	1,029	1,021	1,037
	Fumador	-,311	,138	5,068	1	,024	,733	,559	,961

Feminino	Step 1 ^a	Obesidade	,037	,150	,061	1	,804	1,038	,773	1,393
		Seguro Saúde	-,669	,371	3,248	1	,072	,512	,247	1,060
		Constant	-5,170	,273	359,701	1	,000	,006		
		Ens. Secundário	-,538	,365	2,171	1	,141	,584	,286	1,194
		Ens. Superior	-,173	,262	,434	1	,510	,841	,503	1,407
		Idade	,008	,003	6,101	1	,014	1,008	1,002	1,014
		Fumador	-,109	,260	,176	1	,675	,897	,539	1,492
		Obesidade	,414	,105	15,672	1	,000	1,513	1,233	1,858
		Seguro Saúde	-,169	,306	,305	1	,581	,845	,464	1,538
		Constant	-3,852	,200	370,363	1	,000	,021		

a. Variable(s) entered on step 1: educ_secun, educ_super, idade, Fumador, Obesidade, SegSubsaude.

Má Saúde

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1a	Ens. Secundário	,574	,099	33,356	1	,000	1,776	1,462	2,158
		Ens. Superior	1,006	,092	119,245	1	,000	2,735	2,283	3,277
		Idade	-,030	,002	222,751	1	,000	,970	,966	,974
		Fumador	,073	,053	1,848	1	,174	1,075	,968	1,194
		Obesidade	-,106	,073	2,092	1	,148	,899	,779	1,038
		Seguro Saúde	,378	,095	15,925	1	,000	1,459	1,212	1,756
		Constant	-,155	,119	1,709	1	,191	,856		
		Ens. Secundário	,757	,110	46,988	1	,000	2,132	1,717	2,647
Feminino	Step 1a	Ens. Superior	,968	,094	106,886	1	,000	2,633	2,192	3,164
		Idade	-,051	,002	547,671	1	,000	,950	,946	,954
		Fumador	,371	,095	15,315	1	,000	1,449	1,203	1,744
		Obesidade	-,280	,077	13,171	1	,000	,756	,650	,879
		Seguro Saúde	,251	,112	5,042	1	,025	1,285	1,032	1,599
		Constant	,688	,118	34,044	1	,000	1,990		

a. Variable(s) entered on step 1: educ_secun, educ_super, idade, Fumador, Obesidade, SegSubsaude.

Inquérito Nacional de Saúde 1998/99

Hipertensão

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1ª	Ens. Secundário	,021	,111	,035	1	,852	1,021	,821	1,269
		Ens. Superior	-,249	,116	4,567	1	,033	,780	,621	,980
		Idade	,039	,002	520,389	1	,000	1,040	1,036	1,043
		Fumador	-,480	,060	65,107	1	,000	,618	,550	,695
		Obesidade	,590	,051	134,865	1	,000	1,805	1,634	1,994
		Seguro Saúde	,014	,034	,162	1	,687	1,014	,949	1,083
		Constant	-3,584	,114	992,888	1	,000	,028		
Feminino	Step 1ª	Ens. Secundário	-,429	,129	11,090	1	,001	,651	,506	,838
		Ens. Superior	-,650	,117	30,847	1	,000	,522	,415	,657
		Idade	,040	,001	860,950	1	,000	1,041	1,038	1,043
		Fumador	-,409	,112	13,286	1	,000	,664	,533	,828
		Obesidade	,721	,040	321,178	1	,000	2,056	1,900	2,225
		Seguro Saúde	-,031	,031	,972	1	,324	,969	,911	1,031
		Constant	-3,260	,089	1350,362	1	,000	,038		

a. Variable(s) entered on step 1: Educ_Secun, Educ_super, idade, Fumador, Obesidade, insurance.

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1ª	Rend. Médio	-,033	,052	,387	1	,534	,968	,874	1,072
		Rend Alto	,021	,057	,136	1	,712	1,021	,913	1,143
		Idade	,039	,002	522,024	1	,000	1,040	1,037	1,044
		Fumador	-,482	,060	65,406	1	,000	,618	,550	,694
		Obesidade	,596	,051	137,621	1	,000	1,815	1,643	2,005
		Seguro Saúde	-,012	,035	,124	1	,725	,988	,923	1,057
		Constant	-3,606	,118	927,973	1	,000	,027		
Feminino	Step 1ª	Rend. Médio	,059	,042	1,981	1	,159	1,061	,977	1,153
		Rend Alto	-,135	,049	7,618	1	,006	,873	,793	,961
		Idade	,040	,001	865,428	1	,000	1,041	1,038	1,044
		Fumador	-,489	,111	19,436	1	,000	,613	,493	,762

Obesidade	,737	,040	336,901	1	,000	2,090	1,932	2,261
Seguro Saúde	-,073	,031	5,497	1	,019	,930	,875	,988
Constant	-3,284	,093	1259,457	1	,000	,037		

a. Variable(s) entered on step 1: RendMed, RendAlt, idade, Fumador, Obesidade, insurance.

Diabetes

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1 ^a	Educ_Secun	-,284	,192	2,186	1	,139	,753	,517	1,097
		Educ_super	-,736	,218	11,460	1	,001	,479	,313	,733
		idade	,035	,003	188,150	1	,000	1,036	1,031	1,041
		Fumador	-,393	,094	17,339	1	,000	,675	,561	,812
		Obesidade	,620	,072	73,051	1	,000	1,858	1,612	2,142
		insurance	,072	,050	2,042	1	,153	1,075	,974	1,186
		Constant	-4,608	,174	697,421	1	,000	,010		
Feminino	Step 1 ^a	Educ_Secun	-,978	,311	9,873	1	,002	,376	,204	,692
		Educ_super	-1,334	,303	19,395	1	,000	,263	,145	,477
		idade	,035	,002	273,927	1	,000	1,035	1,031	1,040
		Fumador	-,526	,234	5,060	1	,024	,591	,373	,934
		Obesidade	,637	,059	116,779	1	,000	1,890	1,684	2,122
		insurance	-,104	,055	3,622	1	,057	,901	,809	1,003
		Constant	-4,511	,143	993,679	1	,000	,011		

a. Variable(s) entered on step 1: Educ_Secun, Educ_super, idade, Fumador, Obesidade, insurance.

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1ª	Rend. Médio	,126	,077	2,684	1	,101	1,135	,976	1,319
		Rend Alto	,049	,088	,307	1	,580	1,050	,883	1,249
		Idade	,036	,003	193,520	1	,000	1,037	1,031	1,042
		Fumador	-,399	,094	17,838	1	,000	,671	,558	,808
		Obesidade	,630	,072	75,707	1	,000	1,878	1,629	2,164
		Seguro Saúde	,014	,052	,070	1	,791	1,014	,915	1,123
		Constant	-4,731	,182	675,507	1	,000	,009		
Feminino	Step 1ª	Rend. Médio	,122	,063	3,788	1	,052	1,130	,999	1,277

	Rend Alto	-,303	,083	13,454	1	,000	,739	,628	,868
	Idade	,035	,002	269,824	1	,000	1,035	1,031	1,040
	Fumador	-,655	,233	7,928	1	,005	,520	,329	,820
	Obesidade	,655	,059	123,647	1	,000	1,925	1,715	2,161
	Seguro Saúde	-,139	,056	6,167	1	,013	,870	,780	,971
	Constant	-4,522	,149	916,851	1	,000	,011		

a. Variable(s) entered on step 1: RendMed, RendAlt, idade, Fumador, Obesidade, insurance.

Bronquite

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1ª	Educ_Secun	-,084	,264	,101	1	,750	,919	,548	1,542
		Educ_super	-,173	,255	,463	1	,496	,841	,511	1,385
		idade	,058	,004	272,469	1	,000	1,060	1,053	1,067
		Fumador	,325	,112	8,491	1	,004	1,384	1,112	1,722
		Obesidade	,377	,102	13,762	1	,000	1,458	1,195	1,780
		insurance	-,098	,075	1,699	1	,192	,907	,783	1,051
		Constant	-6,800	,252	725,451	1	,000	,001		
Feminino	Step 1ª	Educ_Secun	-,244	,333	,537	1	,464	,784	,408	1,504
		Educ_super	,190	,245	,601	1	,438	1,209	,748	1,953
		idade	,036	,003	138,583	1	,000	1,037	1,031	1,043
		Fumador	,169	,243	,486	1	,486	1,184	,736	1,906
		Obesidade	,424	,089	22,682	1	,000	1,529	1,284	1,820
		insurance	-,096	,079	1,486	1	,223	,908	,778	1,060
		Constant	-5,543	,214	670,668	1	,000	,004		

a. Variable(s) entered on step 1: Educ_Secun, Educ_super, idade, Fumador, Obesidade, insurance.

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Masculino	Rend. Médio	-,194	,100	3,759	1	,053	,824	,677	1,002
	Rend Alto	-,267	,122	4,807	1	,028	,766	,603	,972
	Idade	,057	,004	260,663	1	,000	1,059	1,052	1,067
	Fumador	,329	,112	8,703	1	,003	1,390	1,117	1,730
	Obesidade	,384	,102	14,252	1	,000	1,468	1,203	1,792

Feminino	Step 1 ^a	Seguro Saúde	-,062	,077	,646	1	,422	,940	,808	1,093
		Constant	-6,639	,260	652,662	1	,000	,001		
		Rend. Médio	-,133	,095	1,952	1	,162	,876	,727	1,055
		Rend Alto	-,309	,119	6,756	1	,009	,734	,581	,927
		Idade	,035	,003	129,095	1	,000	1,036	1,030	1,042
		Fumador	,201	,239	,709	1	,400	1,223	,766	1,954
		Obesidade	,422	,089	22,510	1	,000	1,525	1,281	1,815
		Seguro Saúde	-,013	,077	,029	1	,865	,987	,849	1,147
		Constant	-5,373	,221	590,668	1	,000	,005		

a. Variable(s) entered on step 1: RendMed, RendAlt, idade, Fumador, Obesidade, insurance.

Asma

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1ª	Ens. Secundário	-,182	,216	,707	1	,400	,834	,546	1,274
		Ens. Superior	-,128	,206	,389	1	,533	,880	,588	1,316
		Idade	,042	,003	217,167	1	,000	1,043	1,037	1,048
		Fumador	,072	,094	,591	1	,442	1,075	,894	1,291
		Obesidade	,262	,086	9,347	1	,002	1,300	1,099	1,538
		Seguro Saúde	-,178	,064	7,733	1	,005	,837	,738	,949
		Constant	-5,205	,195	710,595	1	,000	,005		
		Ens. Secundário	-,240	,227	1,117	1	,290	,787	,504	1,228
Feminino	Step 1ª	Ens. Superior	-,363	,215	2,833	1	,092	,696	,456	1,061
		Idade	,019	,002	69,333	1	,000	1,019	1,014	1,023
		Fumador	-,225	,193	1,360	1	,243	,799	,547	1,165
		Obesidade	,458	,066	48,330	1	,000	1,581	1,390	1,800
		Seguro Saúde	-,171	,060	8,132	1	,004	,843	,749	,948
		Constant	-3,722	,148	628,970	1	,000	,024		

a. Variable(s) entered on step 1: Educ_Secun, Educ_super, idade, Fumador, Obesidade, insurance.

Sexo			B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
									Lower	Upper
Masculino	Step 1 ^a	Rend. Médio	-,146	,082	3,157	1	,076	,864	,735	1,015
		Rend Alto	-,387	,101	14,637	1	,000	,679	,557	,828

Feminino	Step 1 ^a	Idade	,040	,003	200,572	1	,000	1,041	1,035	1,047
		Fumador	,078	,094	,690	1	,406	1,081	,900	1,299
		Obesidade	,266	,086	9,603	1	,002	1,305	1,103	1,544
		Seguro Saúde	-,113	,065	3,012	1	,083	,893	,786	1,015
		Constant	-5,002	,201	620,175	1	,000	,007		
		Rend. Médio	-,131	,071	3,396	1	,065	,877	,763	1,008
		Rend Alto	-,277	,086	10,331	1	,001	,758	,641	,898
		Idade	,018	,002	64,499	1	,000	1,018	1,014	1,023
		Fumador	-,255	,191	1,792	1	,181	,775	,533	1,126
		Obesidade	,466	,066	50,124	1	,000	1,594	1,401	1,813
		Seguro Saúde	-,158	,059	7,132	1	,008	,854	,760	,959
		Constant	-3,599	,154	545,883	1	,000	,027		

a. Variable(s) entered on step 1: RendMed, RendAlt, idade, Fumador, Obesidade, insurance.

Má Saúde

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1ª	Ens. Secundário	-1,145	,245	21,899	1	,000	,318	,197	,514
		Ens. Superior	-1,435	,260	30,398	1	,000	,238	,143	,396
		Idade	,056	,002	641,621	1	,000	1,058	1,053	1,062
		Fumador	-,141	,075	3,558	1	,059	,869	,750	1,006
		Obesidade	,159	,066	5,784	1	,016	1,173	1,030	1,336
		Seguro Saúde	-,272	,052	27,477	1	,000	,762	,689	,844
		Constant	-5,193	,152	1163,249	1	,000	,006		
Feminino	Step 1ª	Ens. Secundário	-1,278	,202	39,924	1	,000	,279	,187	,414
		Ens. Superior	-1,073	,164	42,949	1	,000	,342	,248	,471
		Idade	,036	,001	667,362	1	,000	1,037	1,034	1,040
		Fumador	-,599	,139	18,624	1	,000	,549	,419	,721
		Obesidade	,511	,042	149,057	1	,000	1,666	1,535	1,809
		Seguro Saúde	-,280	,037	56,130	1	,000	,756	,702	,813
		Constant	-3,202	,092	1200,665	1	,000	,041		

a. Variable(s) entered on step 1: Educ_Secun, Educ_super, idade, Fumador, Obesidade, insurance.

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1ª	Rend. Médio	-,241	,061	15,846	1	,000	,786	,698	,885
		Rend Alto	-,881	,083	113,705	1	,000	,414	,352	,487
		Idade	,054	,002	593,525	1	,000	1,055	1,051	1,060
		Fumador	-,138	,075	3,372	1	,066	,872	,753	1,009
		Obesidade	,179	,067	7,195	1	,007	1,196	1,049	1,362
		Seguro Saúde	-,189	,054	12,345	1	,000	,828	,745	,920
		Constant	-4,866	,155	988,453	1	,000	,008		
		Rend. Médio	-,299	,043	47,958	1	,000	,742	,682	,807
Feminino	Step 1ª	Rend Alto	-,877	,055	252,117	1	,000	,416	,373	,464
		Idade	,035	,001	610,395	1	,000	1,035	1,033	1,038
		Fumador	-,691	,138	25,150	1	,000	,501	,383	,656
		Obesidade	,540	,042	163,805	1	,000	1,715	1,579	1,863
		Seguro Saúde	-,212	,038	31,773	1	,000	,809	,752	,871
		Constant	-2,892	,095	924,603	1	,000	,055		

a. Variable(s) entered on step 1: RendMed, RendAlt, idade, Fumador, Obesidade, insurance.

Inquérito Nacional de Saúde 2005/06

Hipertensão

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1ª	Ens. Secundário	-,060	,088	,456	1	,500	,942	,792	1,120
		Ens. Superior	-,027	,094	,085	1	,770	,973	,809	1,170
		Idade	,042	,002	639,950	1	,000	1,043	1,040	1,047
		Fumador	-,363	,056	41,757	1	,000	,696	,623	,777
		Obesidade	,722	,048	223,983	1	,000	2,058	1,872	2,262
		Seguro Saúde	,059	,030	3,835	1	,050	1,061	1,000	1,126
		Constant	-3,535	,112	998,805	1	,000	,029		
Feminino	Step 1ª	Ens. Secundário	-,374	,095	15,513	1	,000	,688	,571	,829
		Ens. Superior	-,547	,095	32,909	1	,000	,579	,480	,698
		Idade	,048	,001	1086,417	1	,000	1,050	1,047	1,053
		Fumador	-,382	,095	16,088	1	,000	,683	,567	,823
		Obesidade	,834	,042	395,726	1	,000	2,302	2,121	2,499
		Seguro Saúde	-,030	,030	1,036	1	,309	,970	,915	1,028
		Constant	-3,506	,097	1319,690	1	,000	,030		

a. Variable(s) entered on step 1: Educ_Secun, Educ_super, idade, Fumador, Obeso, insurance.

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1 ^a	Rend. Médio	,076	,054	1,973	1	,160	1,078	,971	1,198
		Rend Alto	,174	,057	9,292	1	,002	1,190	1,064	1,330
		Idade	,044	,002	667,557	1	,000	1,045	1,041	1,048
		Fumador	-,360	,056	41,210	1	,000	,697	,625	,779
		Obesidade	,723	,048	225,659	1	,000	2,061	1,876	2,266
		Seguro Saúde	,024	,030	,644	1	,422	1,025	,965	1,087
		Constant	-3,681	,120	942,050	1	,000	,025		
Feminino	Step 1 ^a	Rend. Médio	,021	,046	,219	1	,640	1,022	,934	1,118
		Rend Alto	-,131	,052	6,287	1	,012	,877	,792	,972
		Idade	,050	,001	1131,160	1	,000	1,051	1,048	1,054

Fumador	-,412	,095	18,986	1	,000	,662	,550	,797
Obesidade	,854	,042	417,380	1	,000	2,349	2,165	2,550
Seguro Saúde	-,082	,029	7,976	1	,005	,921	,870	,975
Constant	-3,584	,103	1221,520	1	,000	,028		

a. Variable(s) entered on step 1: RendMed, RendAlt, idade, Fumador, Obeso, insurance.

Diabetes

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1ª	Ens. Secundário	-,547	,159	11,812	1	,001	,579	,424	,791
		Ens. Superior	-,401	,158	6,400	1	,011	,670	,491	,914
		Idade	,038	,002	251,109	1	,000	1,039	1,034	1,043
		Fumador	-,303	,087	12,208	1	,000	,738	,623	,875
		Obesidade	,711	,066	117,071	1	,000	2,036	1,790	2,316
		Seguro Saúde	,033	,044	,547	1	,460	1,033	,948	1,127
		Constant	-4,519	,165	748,583	1	,000	,011		
Feminino	Step 1ª	Ens. Secundário	-,906	,193	22,053	1	,000	,404	,277	,590
		Ens. Superior	-,654	,170	14,819	1	,000	,520	,372	,725
		Idade	,032	,002	254,934	1	,000	1,033	1,029	1,037
		Fumador	-,141	,151	,872	1	,350	,868	,646	1,168
		Obesidade	,601	,056	115,947	1	,000	1,825	1,636	2,036
		Seguro Saúde	-,115	,047	6,044	1	,014	,891	,813	,977
		Constant	-4,051	,139	848,218	1	,000	,017		

a. Variable(s) entered on step 1: Educ_Secun, Educ_super, idade, Fumador, Obeso, insurance.

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
								Lower	Upper
Masculino	Rend. Médio	,203	,075	7,337	1	,007	1,226	1,058	1,420
	Rend Alto	,049	,083	,349	1	,554	1,050	,892	1,237
	Idade	,040	,002	277,826	1	,000	1,041	1,036	1,046
	Fumador	-,301	,087	12,080	1	,001	,740	,624	,877
	Obesidade	,724	,066	122,122	1	,000	2,064	1,815	2,347
	Seguro Saúde	-,018	,045	,163	1	,686	,982	,899	1,072
	Constant	-4,781	,177	728,162	1	,000	,008		

Feminino	Step 1 ^a	Rend. Médio	,033	,062	,280	1	,597	1,034	,914	1,168
		Rend Alto	-,231	,076	9,149	1	,002	,794	,683	,922
		Idade	,034	,002	274,845	1	,000	1,034	1,030	1,038
		Fumador	-,198	,151	1,725	1	,189	,821	,611	1,102
		Obesidade	,623	,056	124,964	1	,000	1,865	1,672	2,081
		Seguro Saúde	-,161	,047	11,857	1	,001	,852	,777	,933
		Constant	-4,142	,147	793,149	1	,000	,016		

a. Variable(s) entered on step 1: RendMed, RendAlt, idade, Fumador, Obeso, insurance.

Bronquite

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1ª	Ens. Secundário	-,005	,212	,000	1	,983	,995	,657	1,508
		Ens. Superior	-,259	,248	1,090	1	,296	,772	,475	1,255
		Idade	,050	,004	182,829	1	,000	1,051	1,044	1,059
		Fumador	,101	,123	,673	1	,412	1,107	,869	1,410
		Obesidade	,018	,112	,025	1	,875	1,018	,818	1,266
		Seguro Saúde	-,044	,070	,384	1	,536	,957	,834	1,099
		Constant	-6,195	,264	552,539	1	,000	,002		
Feminino	Step 1ª	Ens. Secundário	-,182	,241	,571	1	,450	,833	,520	1,337
		Ens. Superior	,069	,224	,096	1	,757	1,072	,691	1,663
		Idade	,034	,003	108,369	1	,000	1,034	1,028	1,041
		Fumador	,439	,194	5,121	1	,024	1,552	1,061	2,270
		Obesidade	,381	,091	17,511	1	,000	1,464	1,225	1,751
		Seguro Saúde	-,162	,077	4,460	1	,035	,850	,731	,988
		Constant	-5,301	,227	546,534	1	,000	,005		

a. Variable(s) entered on step 1: Educ_Secun, Educ_super, idade, Fumador, Obeso, insurance.

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
								Lower	Upper
Masculino	Rend. Médio	-,122	,112	1,187	1	,276	,885	,711	1,102
	Rend Alto	-,227	,127	3,199	1	,074	,797	,622	1,022
	Idade	,049	,004	173,695	1	,000	1,050	1,042	1,058
	Fumador	,102	,124	,686	1	,408	1,108	,870	1,411

Feminino	Step 1 ^a	Obesidade	,024	,111	,046	1	,831	1,024	,823	1,274
		Seguro Saúde	-,021	,072	,089	1	,766	,979	,851	1,126
		Constant	-6,046	,277	477,777	1	,000	,002		
		Rend. Médio	-,138	,102	1,834	1	,176	,871	,713	1,064
		Rend Alto	-,224	,121	3,444	1	,064	,799	,630	1,013
		Idade	,033	,003	101,755	1	,000	1,033	1,027	1,040
		Fumador	,444	,193	5,280	1	,022	1,559	1,068	2,278
		Obesidade	,379	,091	17,437	1	,000	1,461	1,223	1,746
		Seguro Saúde	-,114	,074	2,350	1	,125	,892	,771	1,032
		Constant	-5,159	,238	471,071	1	,000	,006		

a. Variable(s) entered on step 1: RendMed, RendAlt, idade, Fumador, Obeso, insurance.

Asma

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1ª	Ens. Secundário	-,116	,194	,359	1	,549	,890	,608	1,302
		Ens. Superior	,466	,168	7,668	1	,006	1,594	1,146	2,217
		Idade	,024	,003	50,791	1	,000	1,024	1,017	1,031
		Fumador	-,103	,115	,802	1	,371	,902	,720	1,130
		Obesidade	,302	,098	9,401	1	,002	1,352	1,115	1,640
		Seguro Saúde	-,005	,063	,007	1	,935	,995	,880	1,125
		Constant	-4,517	,227	396,154	1	,000	,011		
Feminino	Step 1ª	Ens. Secundário	-,225	,178	1,589	1	,207	,799	,563	1,133
		Ens. Superior	,192	,155	1,545	1	,214	1,212	,895	1,641
		Idade	,015	,003	29,699	1	,000	1,015	1,009	1,020
		Fumador	,485	,139	12,277	1	,000	1,625	1,239	2,132
		Obesidade	,546	,075	53,361	1	,000	1,726	1,491	1,999
		Seguro Saúde	-,010	,056	,035	1	,851	,990	,887	1,104
		Constant	-3,790	,177	457,781	1	,000	,023		

a. Variable(s) entered on step 1: Educ_Secun, Educ_super, idade, Fumador, Obeso, insurance.

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1 ^a	Rend. Médio	-,220	,108	4,170	1	,041	,803	,650	,991
		Rend Alto	-,276	,117	5,582	1	,018	,759	,603	,954
		Idade	,022	,003	41,751	1	,000	1,022	1,015	1,029
		Fumador	-,117	,115	1,033	1	,310	,889	,710	1,115
		Obesidade	,292	,098	8,850	1	,003	1,339	1,105	1,624
		Seguro Saúde	,082	,063	1,709	1	,191	1,085	,960	1,227
		Constant	-4,225	,238	314,952	1	,000	,015		
		Rend. Médio	-,038	,085	,195	1	,658	,963	,815	1,138
Feminino	Step 1 ^a	Rend Alto	-,220	,100	4,839	1	,028	,803	,660	,976
		Idade	,014	,003	27,281	1	,000	1,014	1,009	1,019
		Fumador	,496	,138	12,916	1	,000	1,643	1,253	2,153
		Obesidade	,537	,074	52,132	1	,000	1,711	1,479	1,980
		Seguro Saúde	,060	,054	1,248	1	,264	1,062	,956	1,180
		Constant	-3,700	,187	391,412	1	,000	,025		

a. Variable(s) entered on step 1: RendMed, RendAlt, idade, Fumador, Obeso, insurance.

Má Saúde

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
								Lower	Upper	
Masculino	Step 1 ^a	Ens. Secundário	-1,074	,199	29,250	1	,000	,342	,231	,504
		Ens. Superior	-1,242	,225	30,565	1	,000	,289	,186	,449
		Idade	,057	,002	584,975	1	,000	1,059	1,054	1,064
		Fumador	-,175	,082	4,495	1	,034	,840	,714	,987
		Obesidade	,378	,066	32,658	1	,000	1,460	1,282	1,662
		Seguro Saúde	-,166	,047	12,281	1	,000	,847	,772	,930
		Constant	-5,409	,167	1044,813	1	,000	,004		
Feminino	Step 1 ^a	Ens. Secundário	-1,205	,166	52,689	1	,000	,300	,216	,415
		Ens. Superior	-1,331	,174	58,703	1	,000	,264	,188	,371
		Idade	,043	,002	679,209	1	,000	1,044	1,040	1,047
		Fumador	-,386	,130	8,771	1	,003	,680	,527	,878

Obesidade	,468	,046	102,850	1	,000	1,597	1,459	1,748
Seguro Saúde	-,277	,039	49,468	1	,000	,758	,702	,819
Constant	-3,789	,111	1154,768	1	,000	,023		

a. Variable(s) entered on step 1: Educ_Secun, Educ_super, idade, Fumador, Obeso, insurance.

Sexo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Masculino	Step 1 ^a	Rend. Médio	-,360	,068	28,294	,000	,698	,611	,797
		Rend Alto	-1,037	,087	141,860	,000	,355	,299	,421
		Idade	,055	,002	541,484	,000	1,057	1,052	1,062
		Fumador	-,179	,083	4,694	,030	,836	,710	,983
		Obesidade	,415	,067	38,771	,000	1,515	1,329	1,726
		Seguro Saúde	-,083	,049	2,905	,088	,920	,837	1,013
		Constant	-5,015	,173	840,015	,000	,007		
Feminino	Step 1 ^a	Rend. Médio	-,284	,050	32,616	,000	,753	,683	,830
		Rend Alto	-,815	,063	166,066	,000	,443	,391	,501
		Idade	,043	,002	664,583	,000	1,043	1,040	1,047
		Fumador	-,426	,130	10,809	,001	,653	,507	,842
		Obesidade	,496	,046	114,368	,000	1,642	1,500	1,799
		Seguro Saúde	-,265	,040	44,459	,000	,767	,710	,829
		Constant	-3,577	,116	943,954	,000	,028		

a. Variable(s) entered on step 1: RendMed, RendAlt, idade, Fumador, Obeso, insurance.